

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Profissional ACS: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: Camila de Oliveira  
Genitora: Elisângela de Oliveira  
Data nasc.: 01/06/88 Idade: 30a Sexo: ☒ MASC, ( ) FEM. Cor: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua Coxim nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: Boa Vista Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
Profissão: Calçadista  
Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS  
( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL: Coluna com dor no local de trabalho

EXAME FÍSICO: Fratura de coluna no local de trabalho

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de coluna no local de trabalho

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

05.802.494/0001-41  
THAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEB 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Adelaide Rosimere  
Téc. Enfermagem  
CORENPE 1393740

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA ( ) ÓBITO: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA ( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA ( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA  
 Data Nasc.: 01/07/1988 Idade: 30 Sexo: MASCULINO Atendimento: 441615 Prontuário: 324421  
 CPF: RG: 562539214 Cor: PARDAS Religião:  
 Endereço: SÍTIO COUCHO CEP: 55085971 Fone: 997506246 Cidade: BONITO  
 Bairro: ZONA RURAL  
 Nome da Mãe: ELITA MARIA DE OLIVEIRA Nº: 0  
 Acompanhante: Estado: PE  
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA Profissão: AGRICULTOR  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 29/08/2018 15:39 Médico: MEDICO PLANTONISTA  
 Queixa Principal: HDA

Exame Físico:

PA: FC: FR:

ag. Provisório:

Atenção:

Dieta:

Horário

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP-50.060-010  
 RECIFE-PE

[illegible]☐ Paciente    ☐ Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

DATE 1-1

Assinatura

☐ Paciente    ☐ Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereco: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

**Diag. Definitivo:**

### Destino do Paciente

☒ Alta    ☐ Cirurgia    ☐ Óbito    ☐ Evadiu-se    ☐ Termo de Alta a Pedido

( ) Transferència: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

Condição de Alta

( ) Curado (x) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data:      /      /      Hora:      Médico:      CRM:     

29/08/2018 15:40:18

2 de 2

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEB 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE

Dr. Paul C. Arre

Usuario do Atendimento  
 MARIAISC





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**IMIP**  
HOSPITALAR

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Atendimento: 01149727

Data Nascimento: 01/05/1988 Idade: 30 Anos, 2 Meses e 28 Dias

Prontuário: 00456230

Sexo: Masculino

### História Atual:

queda de moto, com dor em punho

### Exame Físico:

dor + edema + limitação de adm

### Exames Complementares/Resultados:

RX

### Hipóteses Diagnósticas:

fratura de radio distal

### Conduta:

tala + medicado + orientado + ao hra

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MEDICO

☐ SIM

☒ NÃO

### Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

### Motivo:

acima

Data: 29 DE AGOSTO DE 2018

Hora: 15:04

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): JACKSON JOSE FLORENCIO JUNIOR

CRM - 18573

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE



**UNIDADE MISTA**  
**NOSSA SENHORA DO BOM PARTO**

REGISTRO Nº: 71.459

DATA: 29/08/18

HORÁRIO: 11 H 28 MIN.

**BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Profissional ACS: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: Samuel de Oliveira  
Genitor: Elton de Oliveira  
Data nasc: 01/06/88 Idade: 30a Sexo: ☒ MASC. ( ) FEM. Cor: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua Coxos nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: 5 Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
Profissão: Agente  
Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS  
( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: Colisão com carro e queda

EXAME FÍSICO: Fratura de osso esquelético

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de osso esquelético

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO PROPOSTO:

Tratamento com gesso  
de 7 dias  
de 7 dias  
de 7 dias

Adelaide Rosinha  
Téc. Enfermagem  
COREMP 1301745

Deposito para... ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA ( ) ÓBITO: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA ( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA ( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPRESSÃO E PREVENÇÃO SIA  
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE





UNIDADE MISTA  
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº 74 459  
DATA 29.08.18  
HORÁRIO 11 h 22 MIN

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Profissional ACS \_\_\_\_\_  
Local de origem: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: Camelândia Quintana de Oliveira  
Sexo: M MASC. ( ) FEM. Cor: \_\_\_\_\_  
Idade: 32 anos  
Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
Assessor: Camelândia  
Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_

Local de ocorrência: \_\_\_\_\_  
Tipo de ocorrência: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS  
( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO  
Como chegou: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS  
Pressão arterial: MAX. MIN. PESO: TEMP: \_\_\_\_\_

Queixa principal: CONTUSÃO DE ACIDENTE DE CARRO  
Exame físico: FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

Hipótese diagnóstica: DO OMBRO E JOELHO  
Exames solicitados: RX

Tratamento proposto: O FLETOXILIN 1000mg  
O RX VOLTARON 50mg  
746 EVOL/SOL 1000mg

Admissão Reservada  
Tela Computador  
Código 130140

Destino do paciente: REPOUSO DURANTE 15 DIAS  
( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA  
( ) ÓBITO  
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
( ) INTERNAMENTO

Alta hospitalar: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV - CIDA - PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL 2019  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA REGISTRO



8100-0

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CAIXA DE ECONOMIA

*Janiclaudio Caetano de Oliveira*

100-0000




VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

55.263.921-4 17/ABR/2012

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

JOSE CAETANO NETO

E ELITA MARIA DE OLIVEIRA

ARCOVERDE -PE 01/JUN/1988

CAMOCIM DE SÃO FELIX-PE

CAMOCIM DE SÃO FELIX

CN:LV.A011/FLS.0205/N.012927

177

121 Nº 7.116 DE 1.000.000

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**402.734.278-06**

Nome  
**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

Nascimento  
**01/06/1988**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**58DF.5C34.B79B.B68C**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:56:02 do dia 25/10/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

097-243

05/12/2005

JULIANA CAETANO DE ALMEIDA

08/06/1986

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

097-243

05/12/2005

JULIANA CAETANO DE ALMEIDA

08/06/1986

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

097.838.154-82

CPF

Receita Federal

JULIANA CAETANO DE ALMEIDA

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

097.838.154-82

CPF

Receita Federal

JULIANA CAETANO DE ALMEIDA

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



8100-0

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA RECEITA FISCAL

CAETERA DE IDENTIDADE

*Fundação Antônio de Oliveira*

197-08002

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.263.921-4 17/ABR/2012

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

JOSE CAETANO NETO

E ELITA MARIA DE OLIVEIRA

ARCOVERDE - PE 01/JUN/1988

CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE

CAMOCIM DE SÃO FÉLIX

CN:LV.A011/FLS.0205/N.012927

377 Delegado Diplomático

Substituto do Delegado de Polícia URGU.SGESP

LEI Nº 7.116 DE 19/06/99

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**402.734.278-06**

Nome

**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

Nascimento

**01/06/1988**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

**58DF.5C34.B79B.B68C**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:58:02 do dia 25/10/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S

13 JUN 2019

**PROTOCOLO**

AGÊNCIA RECIFE

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 013815371022  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA-1 032695841 RNTRE-\*\*\*\*\* EXERCÍCIO-2018

NOME- JOSE IVSON DA SILVA

CANOCIM DE SÃO FELIX-

CPF/CNPJ- 049.019.434-23 PLACA- FEO3565

PLACA ANT./UF- CHASSI- 032ED0540DR129549

ESPÉCIE TIPO- COMBUSTÍVEL- PA3 MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO- ANO FAB- ANO MOD- HONDA/NXR150 BROS ESD 2013 2013

CAP/POT/CIL- CATEGORIA- COR PREDOMINANTE- 22/155CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA- VENC. COTA ÚNICA- VENC./COTAS- 1ª \*\*\*\*\*

IPVA 2018 QUITADO 2ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIÁRIO (R\$)- ICF (R\$)- PRÊMIO TOTAL (R\$)- DATA DE PAGAMENTO- SEGURO SACO

OBSERVAÇÕES-

SEM RESERVA

LOCAL- DATA- 14/08/18

Charles Andreza Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES E/OU BASTINTE OU POR CARGA A PRESSÃO TRANSPORTADA EM NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 013815371022 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE IVSON DA SILVA

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

www.seguradorelider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

CANOCIM DE SÃO FELIX- EXERCÍCIO- 018 DATA EMISSÃO- 14-01/18

VA-1 049.019.434-23 PLACA- FEO3565

RENAVAM- MARCA / MODELO- 032695841 HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB- QNTD INE- NR CHASSI- 2013 02 032ED0540DR129549

PRÊMIO TARIÁRIO

PR3 (R\$)- DENATIM (R\$)- CUSTO DO SEGURO (R\$)-

CUSTO DO BILHETE (R\$)- ICF (R\$)- TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)-

PAGAMENTO- DATA DE QUITAÇÃO- ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.008/0001-04

DETRAN-PE E CORPDE O BILHETE DPVAT

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

SET-2017



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 013815371022  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 Cód. RENAVAM: 522625841 RNTC: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: 2018

NOME: JOSE IVSON DA SILVA

CANOCIM DE SÃO FELIX-

CPF/CNPJ: 049.019.484-23 PLACA: FEO3565

PLACA ANT./UF: \*\*\*\*\* CHASSI: 3C2KD0540DR125349

ESPECIE TIPO: PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROO ESD ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2013

CAP/PCIT/DIR: 02/199C1 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1ª VENC. COTA ÚNICA: 2ª VENC. COTAS: 3ª

FAIXA LPVA: PARCELAMENTO/COTAS: 1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL: DATA: 14/05/18

CANOCIM DE SÃO FELIX-

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

VEÍCULO OBRIGATORIO DE SEGURO DPVAT PARA TODOS OS VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DE CAPACIDADE CARGA A PESO DE TRANSITANTES OU NÃO SE GUARDE DPVAT

PE Nº 013815371022 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE IVSON DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

CANOCIM DE SÃO FELIX- EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 14/05/18

VIA: 1 CPF/CNPJ: 049.019.484-23 PLACA: FEO3565

RENAVAM: 522625841 MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROO ESD

ANO FAB: 2013 DE INVE: 09 Nº CHASSI: 3C2KD0540DR125349

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.348.008/0001-04

DETAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

COMPREV  
COMPREV / UN - PREVIDÊNCIA SIA  
13 JUN 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

SET-2017

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190162234 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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:** 3190162234 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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


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

1. Outorgante Janiclaudio Caetano de Oliveira  
portador(a) do documento de identidade nº 8.38.510, expedido por SSPI/PE em  
01/06/14, inscrito no CPF sob o nº 402.734.278-06, residente na  
Sl Coxo, nº 544  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro Sítio Coxo / Santo Antônio, cidade  
Camocim de São Felix, Estado PE

2. Outorgado Juliana Caetano de Oliveira  
portador(a) do documento de identidade nº 7.962.343, expedido por SDS/PE em  
05.12.2005, inscrito no CPF sob o nº 097.838.154-82, residente na  
Sl Coxo, nº 544  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro Sítio Coxo / Santo Antônio, cidade  
Camocim de São Felix, Estado PE

Ampla 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.

Camocim de S. Felix 22 de Outubro de 2018

Outorgante  Janiclaudio Caetano de Oliveira

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA -

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX	
Titular: DANIEL BENEDITO DA SILVA	
Telefone: (81) 3743-1086	
Reconheço	por Autenticidade e(s) assinatura(s) de
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA	Des. fe. Encolamento: R\$
3,99 TST/1	R\$0,80 EPPC: 0,40, total: 4,79! Em test"
Verdade - Elizabete Maria Almeida de	
Oliveira - Escrevente autorizada	
Selo: 0075028.E2C04201803.02366 22/10/2018 11:26:35	
Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjpe.br/portal">www.tjpe.br/portal</a>	



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200988/19

**Vítima:** JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

**CPF:** 402.734.278-06

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/08/2018

**Titular do CPF:** JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## 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

**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA : 402.734.278-06**

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](http://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: 13/06/2019  
Nome: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA  
CPF: 402.734.278-06

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200988/19

**Número do Sinistro:** 3190378561

**Vítima:** JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

**CPF:** 402.734.278-06

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/08/2018

**Titular do CPF:** JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA : 402.734.278-06**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 15/07/2019  
Nome: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA  
CPF: 402.734.278-06

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



---

**Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190162234**

**Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 29/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA CAETANO DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190162234**

**Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 29/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA CAETANO DE OLIVEIRA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **402.734.278-06** Nome completo da vítima: **Janielaudio Lactano de Oliveira**  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: **Janielaudio Lactano de Oliveira** CPF: **402.734.278-06**  
Profissão: **Revisor-X** Endereço: **SE Loto** Estado: **PE** CEP: **55665-000**  
Bairro: **Sítio Loto** Cidade: **Camolim de São Felix** Tel. (DDD): **(81) 95668-4814**  
E-mail: \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **4995** CONTA: **15228** **9**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Camolim de São Felix 14/02/19**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO:

**Janielaudio Lactano de Oliveira**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**05.802.494/0001-41**  
**TRACÃO CORRETORA**

2ª Nome: **BE SEGUROS LTDA**

CPF: \_\_\_\_\_

**21 FEV 2019**

Rua da Aurora, Nº 175, 1º andar, C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

09/10/2018 HORA 08:36:41  
DATA EFETIVACAO 09/10  
CONVENIO 000625620  
OPERADOR 1160901

AGENCIA 4995  
CONTA 013 00015228-9  
NOME JANICLAUDIO CAETANO DE OLIV  
VALOR 300,00  
QUIT OPERACAO 515291058

DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101 OUVIDO  
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A  
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M  
OS

SAC CAIXA 0800-726-0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **402.734.278-06** **Janielaudis Castano de Oliveira**

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

5 - Nome completo: **Janielaudis Castano de Oliveira** 6 - CPF: **402.734.278-06**  
7 - Profissão: **Recebeu-se** 8 - Endereço: **Sl. Codo** 9 - Número: **544** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Sítio Coto** 12 - Cidade: **Camocim de São Félix** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55885-000**  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **(83) 93258-3087**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **4995** CONTA: **15228** 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de indenizar o valor devido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: **15 JUL 2019**  
CPF:   
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: **PROTOCOLO**  
CPF: **AGÊNCIA REGIST**  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Camocim de São Félix 05/07**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Janielaudis Castano de Oliveira**  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000857**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2018** às **08:38**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **29/8/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, PE 101 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PERTO DA ENTRADA DE BASTIÃO GINU**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)  
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

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

**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELITA MARIA DE OLIVEIRA Pai: JOSÉ CAETANO NETO** Data de Nascimento: **1/6/1988** Nacionalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **562639214/SSP/SP (RG)** Escolaridade: **2º, GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **997469755**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, SÍTIO BASTIÃO GINU - CEP: 0 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **7500 (REAL)**

Placa: **PEO 356 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **532635841** Chassi: **9C2KD05400R125849**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOL/INV**

Complemento / Observação

**A VITIMA DIZ QUE ESTAVA VINDO EM SUA MOTO PARA O CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE ELA, A VITIMA, CHEGOU A CAIR NO CHÃO MACHUCANDO O BRAÇO E A CABEÇA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES, JÁ QUE O MOTORISTA CAUSADOR DO ACIDENTE FUGIU DO LOCAL, PARA O HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NA CIDADE DE CARUARU, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.**

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

*Janiclaudio Caetano de Oliveira*  
**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Wanilton de Souza Leão Junior* Matrícula: **220829-6**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000859**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2018** às **13:46**

Complementa o BO Número: **18E0190000857**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **29/8/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, PE 101 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PERTO DA ENTRADA DE BASTIÃO GINU**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR) AGENTE  
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

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

**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Mãe: ELITA MARIA DE OLIVEIRA Pai: JOSÉ CAETANO NETO** Data de Nascimento: **1/6/1988** Nacionalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **562639214/SSP/SP (RG)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **997469755**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, SÍTIO BASTIÃO GINU - CEP: 0 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unidade: **7500,00 (REAL)**

Placa: **PE03565 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **532635841** Chassi: **9C2KD05400R125849**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOL/INV**

Complemento / Observação

**A VITIMA DIZ QUE ESTAVA VINDO EM SUA MOTO PARA O CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE ELA, A VITIMA, CHEGOU A CAIR NO CHÃO MACHUCANDO O BRAÇO E A CABEÇA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES, JÁ QUE O MOTORISTA CAUSADOR DO ACIDENTE FUGIU DO LOCAL, PARA O HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NA CIDADE DE CARUARU, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.**

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

*Janiclaudio Caetano de Oliveira*  
**JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **WANILTON DE SOUZA LEAO JUNIOR** Matrícula: **220829-6**

**TRACÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**

**21 FEV 2019**

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E  
Bica Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **Janielaudis Lactano de Oliveira** CPF: **402.734.278-06**

Profissão: **Revisor-X** Endereço: **SE Loto** Número: **564** Complemento:

Bairro: **Sítio Loto** Cidade: **Campoim de São Felix** Estado: **PE** CEP: **55665-000**

E-mail: Tel. (DDD): **(81) 99668-4814**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## REDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para bancos abertos. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **4995** CONTA: **45228** **9**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Campoim de São Felix 14/02/19**

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Janielaudis Lactano de Oliveira**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

**05.802.494/0001-41**  
**TRACÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**

**21 FEV 2019**

Rua da Aurora, Nº 175, 5º andar  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, à SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dan-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

**Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).**

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

**Declaro, sob as penas da lei,** que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **402.734.278-06** **Janielaudis Castano de Oliveira**

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

5 - Nome completo: **Janielaudis Castano de Oliveira** 6 - CPF: **402.734.278-06**  
7 - Profissão: **Recebeu-se** 8 - Endereço: **Sl. Codo** 9 - Número: **544** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Sítio Coto** 12 - Cidade: **Camocim de São Félix** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55885-000**  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **(83) 93258-3087**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **4995** CONTA: **15228** 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de indenizar o valor devido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: **15 JUL 2019**  
CPF:   
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: **PROTOCOLO**  
CPF: **AGÊNCIA REGIST**  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Camocim de São Félix 05/07**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Janielaudis Castano de Oliveira**  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Profissional ACS: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: Adelaide Rosimere  
Genitora: Adelaide Rosimere  
Data nasc: 21/06/18 Idade: 30a Sexo: ☒ MASC. ( ) FEM. Cor: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: Av. Coxim  
Bairro: Boa Vista Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
Profissão: Cozinheira  
Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ AGRESSÃO ☐ OUTROS  
☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ☐ ANDANDO ☐ AMBULÂNCIA ☐ AUTOMÓVEL ☐ OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL: COLICA NO UTERO (CAMP) CI

EXAME FÍSICO: Fratura no Ombro ESQUERDA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: RD. Embryo e 7º CI

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE

Adelaide Rosimere  
Téc. Enfermagem  
CONCRETE 1303740

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARMED

DESTINO DO PACIENTE:

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA 1 HORA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA  
( ) ÓBITO: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.  
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARMED



SECRETARIA  
MUNICIPAL DE SAÚDEUNIDADE MISTA  
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 71.459

DATA: 29/08/18

HORÁRIO: 11 H 28 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Profissional ACS: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: Samuel de Oliveira  
Genitor: Elton M. de Oliveira  
Data nasc: 01/06/88 Idade: 30a Sexo: ☒ MASC. ( ) FEM. Cor: \_\_\_\_\_  
Endereço: Sítio Coxos nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: 5 Ponto de referência: \_\_\_\_\_  
Profissão: Agente  
Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS  
( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: COLICA NO UTERO (CAMP) C/EXAME FÍSICO: Fratura no osso ESQUERDAHIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura do fêmur (CD)

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO PROPOSTO:

o tratamento é por curativo  
o osso vai voltar normal  
74/120/80 - 1 VIDA

Adelaide Rosinha  
Téc. Enfermagem  
COREN-SP 1301745

5540

Depois de 10 dias de tratamento  
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA  
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA( ) ÓBITO: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MIN.  
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE  
( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

COMPREV  
CONSELHO DE PREVENÇÃO SIA13 JUN 2019  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

Cód. 147 - Grátis (Un. 01) 2728-8365





Terço Social do Espírito Santo - Colaboração do SEPE, de 2016/2017  
SITIO COM O SANTO ANTONIO  
CANTO DO C. E. SAO FELIX PE  
CNPJ 06.824.940/0001-41  
CNPJ 06.824.940/0001-41 | www.celpe.org.br

SEU CLIENTE  
JULIANA CRISTIANO DE OLIVEIRA

INFORMAÇÃO DE CATEGORIA CONTRIBUICAO  
SITIO COM O SANTO ANTONIO

CNPJ 06.824.940/0001-41

SITIO COM O SANTO ANTONIO  
CANTO DO C. E. SAO FELIX PE  
35695-000

CLASSIFICACAO  
ET RESIDENCIAL  
SITIO COM O SANTO ANTONIO  
Mantido

CONTRATO	7005364072	DATA	07/2018
DATA DE EMISSAO	03/08/2018	DATA DE VENCIMENTO	28/08/2018
TOTAL A PAGAR	11,40		

CONTRATO	DATA	VALOR
00000001	01/01/2018	11,40

CONTRATO	DATA	VALOR
00000001	01/01/2018	11,40
00000002	01/01/2018	11,40
00000003	01/01/2018	11,40
00000004	01/01/2018	11,40
00000005	01/01/2018	11,40
00000006	01/01/2018	11,40
00000007	01/01/2018	11,40
00000008	01/01/2018	11,40
00000009	01/01/2018	11,40
00000010	01/01/2018	11,40
00000011	01/01/2018	11,40
00000012	01/01/2018	11,40
00000013	01/01/2018	11,40
00000014	01/01/2018	11,40
00000015	01/01/2018	11,40
00000016	01/01/2018	11,40
00000017	01/01/2018	11,40
00000018	01/01/2018	11,40
00000019	01/01/2018	11,40
00000020	01/01/2018	11,40
00000021	01/01/2018	11,40
00000022	01/01/2018	11,40
00000023	01/01/2018	11,40
00000024	01/01/2018	11,40
00000025	01/01/2018	11,40
00000026	01/01/2018	11,40
00000027	01/01/2018	11,40
00000028	01/01/2018	11,40
00000029	01/01/2018	11,40
00000030	01/01/2018	11,40
00000031	01/01/2018	11,40
00000032	01/01/2018	11,40
00000033	01/01/2018	11,40
00000034	01/01/2018	11,40
00000035	01/01/2018	11,40
00000036	01/01/2018	11,40
00000037	01/01/2018	11,40
00000038	01/01/2018	11,40
00000039	01/01/2018	11,40
00000040	01/01/2018	11,40
00000041	01/01/2018	11,40
00000042	01/01/2018	11,40
00000043	01/01/2018	11,40
00000044	01/01/2018	11,40
00000045	01/01/2018	11,40
00000046	01/01/2018	11,40
00000047	01/01/2018	11,40
00000048	01/01/2018	11,40
00000049	01/01/2018	11,40
00000050	01/01/2018	11,40
00000051	01/01/2018	11,40
00000052	01/01/2018	11,40
00000053	01/01/2018	11,40
00000054	01/01/2018	11,40
00000055	01/01/2018	11,40
00000056	01/01/2018	11,40
00000057	01/01/2018	11,40
00000058	01/01/2018	11,40
00000059	01/01/2018	11,40
00000060	01/01/2018	11,40
00000061	01/01/2018	11,40
00000062	01/01/2018	11,40
00000063	01/01/2018	11,40
00000064	01/01/2018	11,40
00000065	01/01/2018	11,40
00000066	01/01/2018	11,40
00000067	01/01/2018	11,40
00000068	01/01/2018	11,40
00000069	01/01/2018	11,40
00000070	01/01/2018	11,40
00000071	01/01/2018	11,40
00000072	01/01/2018	11,40
00000073	01/01/2018	11,40
00000074	01/01/2018	11,40
00000075	01/01/2018	11,40
00000076	01/01/2018	11,40
00000077	01/01/2018	11,40
00000078	01/01/2018	11,40
00000079	01/01/2018	11,40
00000080	01/01/2018	11,40
00000081	01/01/2018	11,40
00000082	01/01/2018	11,40
00000083	01/01/2018	11,40
00000084	01/01/2018	11,40
00000085	01/01/2018	11,40
00000086	01/01/2018	11,40
00000087	01/01/2018	11,40
00000088	01/01/2018	11,40
00000089	01/01/2018	11,40
00000090	01/01/2018	11,40
00000091	01/01/2018	11,40
00000092	01/01/2018	11,40
00000093	01/01/2018	11,40
00000094	01/01/2018	11,40
00000095	01/01/2018	11,40
00000096	01/01/2018	11,40
00000097	01/01/2018	11,40
00000098	01/01/2018	11,40
00000099	01/01/2018	11,40
00000100	01/01/2018	11,40

TOTAL DA FATURA

11,40

CONTRATO	DATA	VALOR
00000001	01/01/2018	11,40
00000002	01/01/2018	11,40
00000003	01/01/2018	11,40
00000004	01/01/2018	11,40
00000005	01/01/2018	11,40
00000006	01/01/2018	11,40
00000007	01/01/2018	11,40
00000008	01/01/2018	11,40
00000009	01/01/2018	11,40
00000010	01/01/2018	11,40
00000011	01/01/2018	11,40
00000012	01/01/2018	11,40
00000013	01/01/2018	11,40
00000014	01/01/2018	11,40
00000015	01/01/2018	11,40
00000016	01/01/2018	11,40
00000017	01/01/2018	11,40
00000018	01/01/2018	11,40
00000019	01/01/2018	11,40
00000020	01/01/2018	11,40
00000021	01/01/2018	11,40
00000022	01/01/2018	11,40
00000023	01/01/2018	11,40
00000024	01/01/2018	11,40
00000025	01/01/2018	11,40
00000026	01/01/2018	11,40
00000027	01/01/2018	11,40
00000028	01/01/2018	11,40
00000029	01/01/2018	11,40
00000030	01/01/2018	11,40
00000031	01/01/2018	11,40
00000032	01/01/2018	11,40
00000033	01/01/2018	11,40
00000034	01/01/2018	11,40
00000035	01/01/2018	11,40
00000036	01/01/2018	11,40
00000037	01/01/2018	11,40
00000038	01/01/2018	11,40
00000039	01/01/2018	11,40
00000040	01/01/2018	11,40
00000041	01/01/2018	11,40
00000042	01/01/2018	11,40
00000043	01/01/2018	11,40
00000044	01/01/2018	11,40
00000045	01/01/2018	11,40
00000046	01/01/2018	11,40
00000047	01/01/2018	11,40
00000048	01/01/2018	11,40
00000049	01/01/2018	11,40
00000050	01/01/2018	11,40
00000051	01/01/2018	11,40
00000052	01/01/2018	11,40
00000053	01/01/2018	11,40
00000054	01/01/2018	11,40
00000055	01/01/2018	11,40
00000056	01/01/2018	11,40
00000057	01/01/2018	11,40
00000058	01/01/2018	11,40
00000059	01/01/2018	11,40
00000060	01/01/2018	11,40
00000061	01/01/2018	11,40
00000062	01/01/2018	11,40
00000063	01/01/2018	11,40
00000064	01/01/2018	11,40
00000065	01/01/2018	11,40
00000066	01/01/2018	11,40
00000067	01/01/2018	11,40
00000068	01/01/2018	11,40
00000069	01/01/2018	11,40
00000070	01/01/2018	11,40
00000071	01/01/2018	11,40
00000072	01/01/2018	11,40
00000073	01/01/2018	11,40
00000074	01/01/2018	11,40
00000075	01/01/2018	11,40
00000076	01/01/2018	11,40
00000077	01/01/2018	11,40
00000078	01/01/2018	11,40
00000079	01/01/2018	11,40
00000080	01/01/2018	11,40
00000081	01/01/2018	11,40
00000082	01/01/2018	11,40
00000083	01/01/2018	11,40
00000084	01/01/2018	11,40
00000085	01/01/2018	11,40
00000086	01/01/2018	11,40
00000087	01/01/2018	11,40
00000088	01/01/2018	11,40
00000089	01/01/2018	11,40
00000090	01/01/2018	11,40
00000091	01/01/2018	11,40
00000092	01/01/2018	11,40
00000093	01/01/2018	11,40
00000094	01/01/2018	11,40
00000095	01/01/2018	11,40
00000096	01/01/2018	11,40
00000097	01/01/2018	11,40
00000098	01/01/2018	11,40
00000099	01/01/2018	11,40
00000100	01/01/2018	11,40

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 FEV 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE





Terço Social de Energia Celpe emitido pela Lei 10444 de 2004/03

NOTA FISCAL Nº 1.578.947 - CONTRA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50060-902  
CNPJ: 06.928.822/0001-68 (Insc. Est. 002854303) www.celpe.com.br

SABOR DO CLIENTE  
JULIANA CAETANO DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
R. COAD 554

CPF: 007.838.154-82 NIS: 19402301289

SITIO COLOMBA SANTO ANTONIO  
CAMOCHO DE SAU FELIX PE  
55065-801

CLASSIFICAÇÃO  
B1 - RESIDENCIAL  
SUA REDE COM 10  
Módulos

NUM. CONTRATO	7005384072	DATA	07/2018
DATA DE EMISSÃO	03/08/2018	DATA DE VENCIMENTO	28/08/2018
TOTAL A PAGAR		11,40	

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2018	01/08/2018	11,40

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40
Consumo de energia elétrica	30,00 kWh	0,38	11,40

TOTAL DA FATURA

11,40

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2018	01/08/2018	11,40

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2018	01/08/2018	11,40

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

## 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

JULIANA CAETANO DE OLIVEIRA  
CPF: 097.838.154-82 NIS: 16462301296

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI COXO 544

SÍTIO COXO/SANTO ANTONIO  
55665-000 CAMOCIM DE SAO FELIX PE

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

## DATA DE VENCIMENTO

03/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

25,88

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

27/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO  
27/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
063471464

## CONTA CONTRATO

007005364072

Nº DO CLIENTE  
201108248

Nº DA INSTALAÇÃO  
0005301692

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

6DBB.42C1.6B9F.D031.EFFA.ADB9.70F2.D252

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19538842	5,86
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,00	0,33495158	16,74
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,50
Multa por atraso-NF 059770699 - 25/04/19			0,41
Juros por atraso-NF 059770699 - 25/04/19			0,02
TOTAL DA FATURA			25,88

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	22,95	1,18	0,26
			22,95	5,37	1,23

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19538842  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,33495158

## HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
MAI 19			30
ABR 19			76
MAR 19			59
FEV 19			52
JAN 19			48
DEZ 18			47
NOV 18			52
OUT 18			49
SET 18			44
AGO 18			43
JUL 18			41
JUN 18			40
MAI 18			54

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	16,33	45,02
Transmissão	1,18	5,65
Distribuição (Celpe)	7,06	30,78
Energia Setorial	0,88	3,01
Tributos	1,49	6,49
Perdas de Energia	2,23	8,67
TOTAL	22,95	100

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003011097641	CAT	25/04/2019 5.638,00	27/05/2019 5.718,00	32	1,00000	0,00	80,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/06/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	CAMOCIM DE SAO FELIX	0,00	11,74	33,46	46,96
PIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	16,34	30,69
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,49	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,97					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, PIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios campo alegre de lo: praça sao felix centro / arco iris: av mario Jordao cabral 205 centroLista completa em www.celpe.com.br.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.  
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  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,55.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## 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
007005364072	05/2019	25,88	03/06/2019

838400000006 258800110077 005364072106 140687522833



COMPRE  
TALÃO DE PAGAMENTO  
CORREIOLOGIA E PRESENCIA SIA  
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitura ótica.  
13 JUN 2019  
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTOCOLO  
RECIFE



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221208 (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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Juliana Caetano de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o nº 097.838.154/82 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jamelaudio Caetano de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o nº 402.734.278/06 do sinistro de DPVAT cobertura invalido da vítima Jamelaudio Caetano de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o nº 402.734.278/06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ 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>SL Coxo</u>		Número <u>544</u>	Complemento
Bairro <u>Sítio Coxo</u>	Cidade <u>Camocim de São Felix</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55665-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>8119.9668-4844</u>

Camocim de São Felix, 14 de Fevereiro de 2019  
Local e Data

Juliana Caetano de Oliveira  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, JOSE IVSON DA SILVA,

RG: 6614353, data de expedição 27/03/2000

Órgão SDS, portador do CPF 049.019.484-23, com

domicílio na cidade de CAMOCIM SÃO FELIX, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

R. NOSSA SENHORA DO CARMO, nº 122,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Janielaudis Caetano de Oliveira

cujo o conduto era Janielaudis Caetano de Oliveira

Veículo: moto

Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ESD

Ano: 2013

Placa: PEO 3565

Chassi: 9C2KD0540DR125849

Data do Acidente: 29/08/2018

Local e data do cartório: Camocim de São Felix, 23.11.2018

Jose Ivson da Silva

Assinatura do Declarante

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

Obs; Reconhecer firma por autenticidade!

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX  
Titular: DANIEL SEMEDINHO DA SILVA  
Telefone: (81) 3743-1086

Reconheço por Autenticidade a(s) assinatura(s) de JOSE IVSON DA SILVA. Dou fé. Esolumento: R\$ 3,00 TMM: R\$0,80 FERC: 0,40. Total: 4,20. Em Cart?

Verdade - Elizabete Maria Almeida de Oliveira - Escrevente autorizada

Selo: 0075028.TW09201803.02726 23/11/2018 16:34:42  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.br/salodigital](http://www.tjpe.br/salodigital)



## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, JOSE IVSON DA SILVA,  
RG: 6614353, data de expedição 27/03/2000  
Órgão SDS, portador do CPF 040.019.484-23, com  
domicílio na cidade de CAMOCIM SÃO FELIX, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)  
R. NOSSA SENHORA DO CARMO, nº 122  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, que o veículo  
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Janielaudis Castano de Oliveira  
cujo o conduto era Janielaudis Castano de Oliveira  
Veículo: moto

Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ESD

Ano: 2013

Placa: PEO 3565

Chassi: 9C2KD0540DR125849

Data do Acidente: 29/08/2018

Local e data do cartório: Camocim de São Félix, 23. 11. 2018

JOSE IVSON DA SILVA

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX  
Titular: DANIEL BENEDITO DA SILVA  
Telefone: (81) 3743-1006

Reconheço por Autenticidade a(s) assinatura(s) de JOSE  
IVSON DA SILVA. Dou fé. Emolumentos: R\$ 3,00 (TSCF) R\$ 0,00  
PERC: 0,40, total: 4,70. Em test:  
Verdade - Elizabeth Maria Almeida de  
Oliveira - Escrevente autorizada

Selo: 0075026.TWC03201803.02726 23/11/2018 16:34:42  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.br/salodigital](http://www.tjpe.br/salodigital)