

ATENDIMENTO: RUA DA CAIXA DAGUA - NUM. - SN - CENTRO CARNAIBA  
A PE 56820-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 104943513 Fev/2018							
ROQUE CANDIDO DA SILVA R PROJETADA 3, N. 00070 - CASA - CENTRO CARNAIBA PE 56820-000									
INSCRIÇÃO: 039 105 305 0180 000 GRUPO: 3 DEB AUTOMATICO: 104943513									
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA				
LIGADO	POTENCIAL								
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)						
A10B285812	25/01/2018	24/02/2018	MEDIA HD						

ÁGUA:  
LEIT ANT: 511 CONSUMO:9  
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M  
LEIT FAT: 521

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2018 15  
12/2017 07  
11/2017 07  
10/2017 06  
09/2017 08  
08/2017 09  
MEDIA: 09

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG.	PORT.	ANALISES
MS 2.914/11	17	20	20
TURBIDEZ	17	20	20
COR APARENTE	17	20	20
CLORO RESIDUAL	17	20	20
COLIF. TOTAIS	17	20	20
E. COLI	17	20	20

Qualidade de Água: [www.compresa.com.br](http://www.compresa.com.br)

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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	9 M3	40,18
CONSUMO DE ÁGUA		

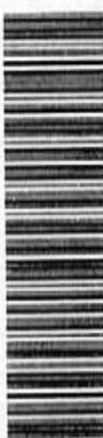
PARÂMETROS	DATA DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PER. COPIAS	40,18	1,65	0,66
	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO: 05/03/2018 TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:  
IMÓVEL NÃO POSSUI DEBITOS DE 2017, EXCETO  
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

EXCELSIOR SEGUR  
23 MAR 2018

SFC

 <p>5280000000000-1 401500015639-2 10494351</p>	VENCIMENTO: 05/03/2018	TOTAL AF	 <p>compesa</p> <p>ATENDIMENTO: 0800-0810195 VAZAMENTOS: 0800-0810185</p>	
			MATRÍCUL	



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-402  
CNPJ 10.835.922/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 366.710.364-15

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
50912-130

CLASSIFICAÇÃO  
(R) RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásica

003304639	UNICA	26/08/2017
26/09/2017	2000136289	3672621

03/10/2017 26/10/2017

213,68

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	278.0000000	0,87315022	105,78
Acrescimo Bandeira AMARELA			6,74
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,07
Contribuição Iluminação Pública			7,00
ICMS Subvenção-CEDE-NF 002147189-16/07/17			1,42
Multa por atraso-NF 002632123- 22/08/17			3,27
Multa por atraso-NF 002147189- 16/07/17			2,93
Juros por atraso-NF 002632123- 22/08/17			1,32
Juros por atraso-NF 002147189- 16/07/17			1,19
Alimentação IOPM-NF 002632123- 22/08/17			0,10
PNB- CRIANÇA-(081)3412-8980 8900 031 6000			0,00

TOTAL DA FATURA

213,68

NP DO MEDIDOR	TIPO DA PUNÇÃO	DATA PUNÇÃO	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	NP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
X10216219	CAT	23-08-2017	13.836,00	26-09-2017	13.912,00	36	1.00000		275,00

MESMO ANO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPRETO	Classificação do Impreto	R\$	20,81%
SET17 276				Transmissão	R\$ 3,47	2,01%
AGO17 237	ICMS	194,49	36,00	Outros impostos (Cupom)	R\$ 44,21	23,20%
AA17 300	PIB	194,49	0,04	Perdas de fornecimento	R\$ 13,88	8,00%
ABR17 304	COPRE	194,49	3,00	Fornec. para Retorno late	R\$ 17,34	8,75%
MAR17 912				Impostos	R\$ 84,00	46,83%
ABR17 242				Total	R\$ 194,00	100%
MAR17 379						
FEV17 304						
JAN17 341						
DEZ16 186						
NOV16 182						
OUT16 244						
MET16 192						

024.0CD1.E852.4736-F2A.7769.E088.80C3

Por meio da leitura e fiscalização de contas e a Análise de Monitoramento, das concessionárias que atendem o Estado de Pernambuco, verifica-se que o consumo de energia elétrica no seu sistema é irregular, com variações de consumo de 110,00 (cento e dez) kWh/dia a 10.000,00 (dez mil) kWh/dia, o que resulta em um consumo médio de 2.700,00 (dois mil setecentos) kWh/dia, o que é considerado suspeito de fraude. O consumidor deve regularizar seu consumo e apresentar o seu consumo regular. O consumidor pode exercer o direito de serviço de fornecimento de energia elétrica, de que fala:

Art. 7º PDB 801/93.

EXCELSIOR SEGUROS  
23 MAR 2018  
SEGURO DPVAT.

PERÍODO	VALOR APARADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO TERRITORIAL	LIMITE MÍNIMO APARADO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
020 SERRA TALHADA	0,00	0,02	10,00	21,73	220	202 231
020 PIB	1,00	1,26	6,72	13,46		
020 COPRE	0,00	3,11	0,00	0,00		

Límite DCPW: 12,32 EUGO: Valor da Encargos da Linha de Distribuição: R\$ 79,80,00

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
2270076010 09/2017 03/10/2017 213,68

83830000002-0 13680011002-9 27807801910-0 09348487663-0



**TERMO DE COMPROMISSO - PEDIDO DE REAGENDAMENTO**  
**PERICIA MEDICA DE INVALIDEZ**

**A**

**Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT**

**Rio de Janeiro/RJ**

**Vitima: José Oldmillon Cardoso da Silva**

**Sinistro Nº: 31801134537**

**Data do Acidente: 28/12/2017**

Tendo em vista que me considero portador(a) de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **REAGENDADO** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARCER** na data e local que forem definidos por V.Sas.

Confirmo a seguir o endereço onde residio atualmente e meu(s) telefone(s) de contato.

Av/Rua Praia do Sol nº 70

Bairro: Leixa d'água Cidade: Larnaiha CEP: 56.820-000

Fone(s): (27) 9634-4907 : ( ) : ( )

Local e Data: Barra de Tijuca, RJ DE 06 DE Agosto DE 2018

José Oldmillon da Silva  
(Nome da vitima conforme RG)



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular 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 Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744-25,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Cledmílson Cândido da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.491.874/59, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Cledmílson Cândido da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.491.874/59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: TCC/USP Renda: TCC/USP e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço <u>R: Francisco Olavo</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Número <u>110</u>	Complemento <u>es</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>	
Email	Telefone comercial (DDD) <u>081</u>	Telefone (DDD) <u>081</u>	

S. Talhada, 02 de 03  
Local e Data

*EXCELSIOR SEGUR*  
23 MAR 2018  
SEGUR. DPVAT

Rosana de M. S. Cavalcante  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS,  
RG nº 4164778, data de expedição 16/06/1989  
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 781.863.314-68, com  
domicílio na cidade de CARNAIBA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA PRESIDENTE KENNEDY, nº 790,  
complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima JOSE CLEDMILSON. C. DA SILVA cujo o condutor era  
JOSE CLEDMILSON. C. DA SILVA

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 150 TITAN ESD

Ano: 2011

Placa: PEU 1239

Chassi: 9C2KC1650BR549011

Data do Acidente: 28/02/2017

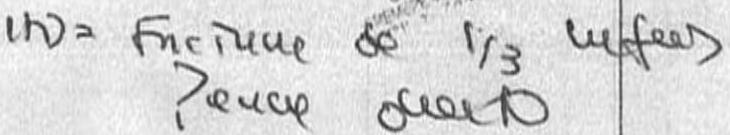
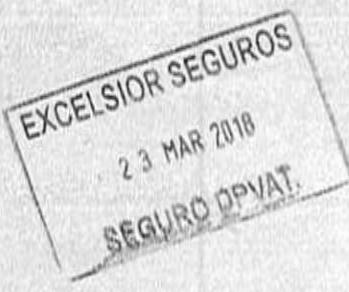
Local e Data: Serra Talhada 03/03/2018

X Edvaldo Vieira de Vasconcelos  
Assinatura do Declarante

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



# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: H.R.E. e H.TRI/SUS 708 4037 7318 2461	Data: 28.12.17										
PACIENTE	Nome: José Edmílson Cândido da Silva Residência: R Poco Sol nº 70 - B. Caixa D'Água - Parnaíba PE 59664-0809											
RESPONSÁVEL	Nome: Roseline Pereira da Silva Cândido (mãe) Residência: Telefone:											
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE						
<input type="checkbox"/> SEGURADO	<input type="checkbox"/> ESPOSA	<input type="checkbox"/> FILHO	<input type="checkbox"/> OUTROS	Agricultor	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	21/04/1982	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO	PE	UF	55 409811	SSD/SP	
PACIENTE CHEGOU			AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	CHEGADA	ATENDIMENTO						
<input type="checkbox"/> ANDANDO	<input type="checkbox"/> DE AUTO	SAÍDA		14:37			<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO					
<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	CHEGADA		SADA			<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL					
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares							
MAX.	MIN.		AXILIAR.	RENAL								
<b>NOTIFICADO</b>												
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas												
Acidente de moto.												
Traumatismo no Tórax e Pesc												
Divergido ~												
Sintoma: R+ Tórax												
 												
												
Destino Dado ao Paciente												
<input type="checkbox"/> Residência		<input type="checkbox"/> Internado		Impressão Diagnóstica								
Encaminhado												
Removido												
Óbito às _____ H _____ Min. do												
Dia _____												
<b>NOTIFICADO</b>												
Licença Concedida _____ Dias												

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
---------------	----------	---------	-------	------

NOME: <u>JOSÉ CLEIDIM LIMA</u>	(NOME SOCIAL)	IDADE: <u>36</u>
--------------------------------	---------------	------------------

SITUAÇÃO /QUEIXA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM ESCORIAÇÕES NA REGIÃO DO COTOVELO (1) + PALMA DA MÃO (1), REFERE DOR NO TORNOZELO (1)

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE
------------	-------------	----------	------------------

DOENÇAS PREEXISTENTES:

INTOLERÂNCIA/ALERGIA:

PARÂMETROS

PA	P	R	T	sPo2	HGT	GLASGOW	PESO
REGUA DE DOR	LEVE			MODERADA		GRAVE	

ACIDENTE DE TRABALHO( )SIM ( ) NÃO

CONSCIENTE	ORIENTADO	DESORIENTADO	ANSIOSO	CALMO
AGITADO	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DE COMANDO	

RITMO SINUSAL	PALPITAÇÕES	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA EM REPOUSO	DISPNEIA P. NOTURNA	EXCELSIOR SEGUROS
CIANOSE	PALIDEZ	SUDORESE	

23 MAR 2018

SEGURO DIAVAT

DOR TORÁCICA					
INTENSA	MODERADA	LEVE			
DURAÇÃO DA DOR					
LOCALIZAÇÃO					
IRRADIADA DA DOR					
BRAÇO E	BRAÇO D	ABDOME	ESCÁPULA	MANDÍBULA	TÓRAX POSTERIOR
DOR PRESENTE					
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA			

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS	
DEFÍCIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID	DM MIE

FLUXOGRAMA

DATA 12/12/12

Assinatura e carimbo  
José Cledim L. V. S. Queiroz  
COREN-PE 152861

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

### - Identificação do Paciente

1 - NÚMERO DO DOCUMENTO 035.491.874-59	2 - NOME ATEND. JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA		
3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 708403773182461	4 - SIS PRE NATAL	5 - SENHA/REGULAÇÃO	6 - N.º DO PRONTUÁRIO 000149796
7 - NOME DO PACIENTE LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO	8 - DATA DE NASCIMENTO 21/04/1982	9 - SEXO Masculino	10 - DDD 11 - TELEFONE DE CONTATO (11) 98306-9527
11 - ENDEREÇO (RUA N.º BAIRRO) POR DO SOL	12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARNAIBA	13 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE 56820-000	14 - UF — 15 - CEP —
16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE 56820-000	17 - UF — 18 - CEP —		

## **-JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
<i>Exames de referência</i>		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL	
<i>Fractura tibial</i>	<i>S828</i>	
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## **PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO	
<i>Ortopedia</i>		<i>04010000</i>	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CRM/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
203 - TRAUMA, MASC.01		<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	
<i>Antônio Andrade de Freitas</i> <i>CRM 30.000</i> <i>CRF 552.003-25</i>	02/01/2018	<i>Mauricio Ferreira</i> <i>CRM 1.111</i> <i>CRF 1.111</i> <i>SIOR SEGUROS</i>	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

35 - 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGUROADORA	39 - N° DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - 1 ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			23 MAR 2010	
37 - 1 ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CHOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		<del>SEGURO DPRAI</del>		
<input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO
<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				

## AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DOCUMENTO   CNR   CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA: <u>Exame de Análise de Meio</u>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / -		50 - AGENCIA/PLATEIA/CARIMBO (NÚM. REGISTRO DO CONSELHO) CPF: 153.272.216-15 CRM: 8603 Médico Autorizado Dr. Gerson	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: DATA DA INTERNAÇÃO: <u>02/01/18</u> DATA DA ALTA: <u>05/01/18</u>



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
Encaminhamento Para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente: *Wife cheguei com dor de fuso*

Registro:

Dados Clínicos: *Acidente de moto, dor ventre*  
*no 1/3 inferior iguado direito*

Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica: *Fratura de 1/3 inferior de fuso*  
*divert*

Conduta Adotada:

*caso de fratura só viajar*  
*trecho no 80*

Encaminhamento Para:

*SP 110*

*ceep*

Data

*Guilherme Góes*  
*Guilherme Góes*  
*Guilherme Góes*

Nome

CRM

Unidade de Especialista:

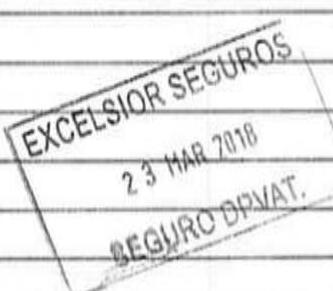
Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

Local:  Na Unidade de Origem  
 Na Unidade de Referência  
 Outro Serviço



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**  
Encaminhamento Para Especialista

**Unidade de Origem:**

Paciente: 7000 Ciudad Real con fundo de Plata

**Registro:**

### Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica: Enferme do 1/3 inferior da perna  
Diverso

### Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento: *Trabalho*

Encaminhamento Para: 20110

## Data

Name CRM

### Unidade de Especialista:

## Exames Clínicos:

### Exames Complementares:

**Parecer do Especialista:**

### Tratamento Proposto:

Local: Na Unidade de Origem  
Na Unidade de Referência  
Outro Serviço



# Hospital São Vicente

Data do Atendimento:		02/01/2018		Nº Registro:	000149796
Identificação do Paciente:			JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA 203 - TRAUMA, MASC. 03		
Data Nascimento:	21/04/1982	Idade:	35	Sexo:	Masculino
Estado Civil:	Indefinido	Profissão:	MANOBRISTA	Naturalidade:	CARNAIBA
Filiação: Pai:	ROQUE CANDIDO DA SILVA		Mãe:	LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO	
Endereço:	POR DO SOL		6		
Bairro:	CAIXA DAGUA	Cidade:	CARNAIBA	Estado:	PE
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:					
Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>	Outros Acidentes	<input type="checkbox"/>
Agressão	<input type="checkbox"/>				
Suicídio	<input type="checkbox"/>	Casual	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Nome do Acompanhante:			Telefone para Contato:		
Endereço:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO					
<p>Doença: Sopro degrau M/D, colicos          Dolor D, dor, emofobia          Sopro degrau suspeito de          M/D M/D</p>					
Diagnóstico Inicial					
<p>Fratura da Tibia D.</p>					
S.A.D.T					
<p>Diagnóstico Final</p> <p>Fract. Tibia (D)</p>					
CONDICÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA			
Melhorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/>		
Inalterado	<input type="checkbox"/>	Alta a Pedido	<input type="checkbox"/>		
Piorado	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>		
Óbito+48h	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>		
Óbito-48h	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>		
Óbito em:		Data do Internamento:		0201/18	
Hora:		Data da Alta:		05/1/18	
		Local:			
<p>Assinatura: Antônio Pedroso de Freitas          CRM 7351          CRF 203-26          CPF: D/Médico Responsável</p>					

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Inicio:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

Pepe A.

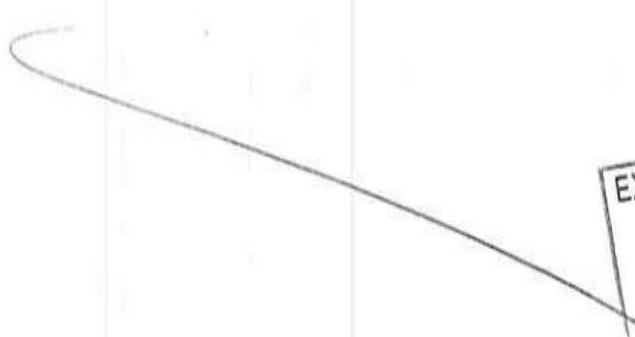
2º Auxiliar:

André B.

Anestesista:

#### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① PATE OM DDI
- ② ASSEPSIA (ANTISSEPSIA)
- ③ APOSESÃO CARROS ESTERILES
- ④ REVERSA DIRECIONA
- ⑤ FIXACAO U FRAZAO R EXTERNO
- ⑥ CURSO



EXCELSIOR SEGUROS

23 MAR 2018

SEGURO DPVAT.



Assinatura do Cirurgião





PREMIUM PLASTICAS  
1017067334

WILSON, EAT 1989  
REINHOLD MARSHALL  
10117067334

A rectangular stamp with a double-line border. The word 'EXCELSIOR' is at the top, 'SEGUROS' is in the middle, and '23 MAR 2018' is at the bottom. A signature is written across the bottom of the stamp.



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180134537      **Cidade:** Carnaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA      **Data do acidente:** 28/12/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
 SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tíbia e fíbula direita

**Descrição do exame médico pericial:** Atrofia muscular e edema no membro inferior direito. Cicatrizes cirúrgicas e edema residual na perna direita. Instabilidade articular do joelho e tornozelo direito. Limitação grave dos movimentos do membro inferior direito. Marcha com apoio

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fixação externa. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

**Sequelas permanentes:** Atrofia muscular e edema no membro inferior direito. Cicatrizes cirúrgicas e edema residual na perna direita. Instabilidade articular do joelho e tornozelo direito. Limitação grave dos movimentos do membro inferior direito. Marcha com apoio

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Leonardo Bezerra

**CRM do médico:** 24897

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180134537

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA PROJETADA 3, 70 - Carnaíba/PE - CEP 56820-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 55409811 - SSP-PE -  
23/11/2016

**Data e Local do Acidente :** 28/12/2017 - CARNAÍBA

**Data e Local do Exame :** 16/08/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -  
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA  
COM FIXAÇÃO EXTERNA E FISIOTERAPIA. TEVE ALTA EM JANEIRO DE  
2018

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

MARCHA COM APOIO, ATROFIA MUSCULAR NO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO,CICATRIZES CIRÚRGICA NA Perna DIREITA, EDEMARESIDUAL  
NA Perna DIREITO, INSTABILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E  
TORNOZELO DIREITO E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO  
MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

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

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

MARCHA COM APOIO, ATROFIA MUSCULAR NO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO,CICATRIZES CIRÚRGICA NA Perna DIREITA, EDEMARESIDUAL  
NA Perna DIREITO, INSTABILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E

**TORNOZELO DIREITO E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Região Corporal

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

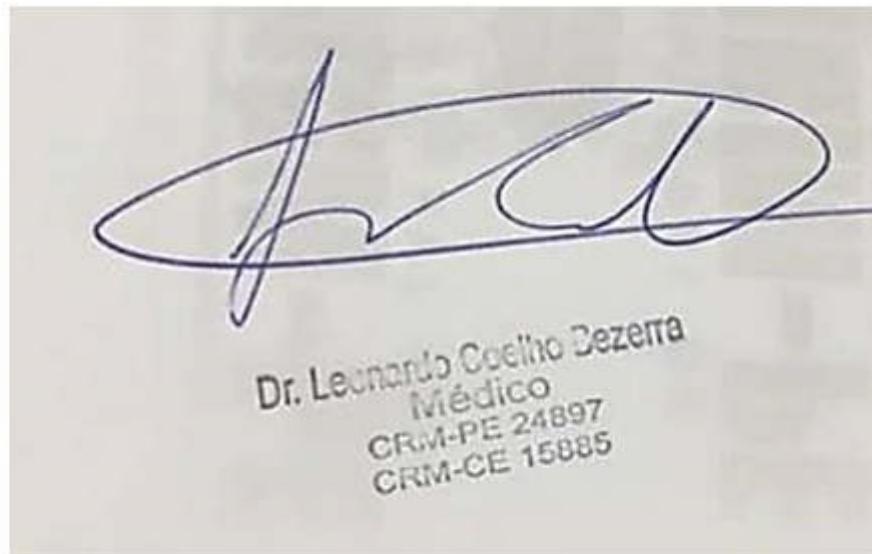
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



---

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

0104821118

## DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 02 de 03 de 2018

X José Geraldo Costa Sampaio



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.900.000

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATTRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

DH

DH



AC - SERRA -  
16.03  
DR - PE



DH

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180134537      **Cidade:** Carnaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA      **Data do acidente:** 28/12/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
SILVA

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

**Data da análise:** 04/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DFOIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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

## PRESTADOR

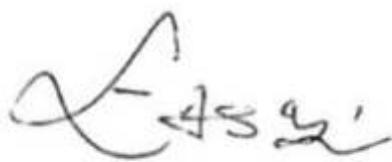
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA  
**Nº Sinistro:** 3180134537  
**Vitima:** JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA  
**Data do Acidente:** 28/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180134537**.

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**  
  
Sinistro: **3180134537**  
Vítima: **JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**  
Data do Acidente: **28/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180134537** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180134537**  
Vitima: **JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**  
Data do Acidente: **28/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180134537**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

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

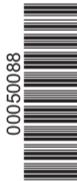
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**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**



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Carta n°: 13283697

A/C: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180134537  
**Vitima:** JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA  
**Data do Acidente:** 28/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

**Creditado: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA**

**Valor: R\$ 7.087,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000605**

**Conta: 0000019340-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>7.087,50</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%**

**Graduação: Em grau intenso 75%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%**

**Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50**

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

035.491.874-59

Jose Edmilson Cândido da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Jose Edmilson Cândido da Silva

CPF titular da conta

Profissão

Endereço

Ri. Projetada 3

Número

Agricultor

Bairro

Centro

Cidade

Caemba

Estado

PE

Complemento

Casa

Email

CEP

56820 - 000

Telefone (DDD)

(87) 9632-4907

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0605 (Informar dígito se existir)

19340 (Informar dígito se existir)

3

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

EXCELSIOR SEGURO  
01,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
23 MAR 2018

SC

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

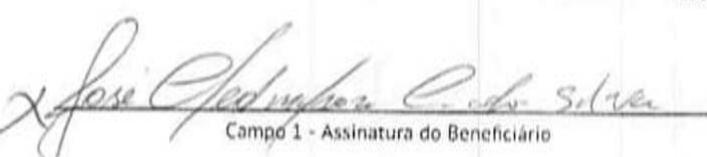
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

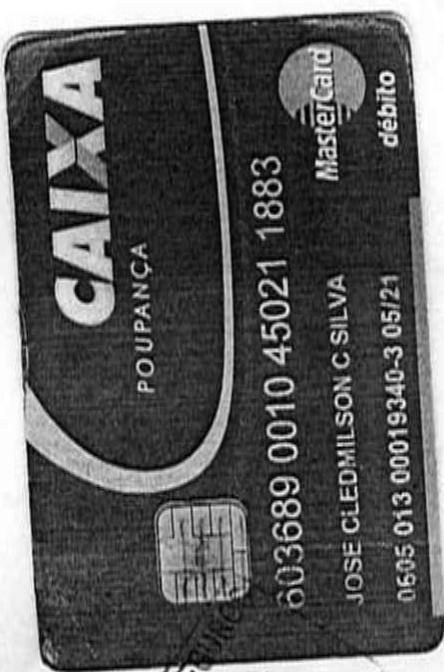
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

S. Tel Rada 07 de 03 de 2018

Local e Data

  
José Edmilson Cândido da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -  
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0270000059**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/02/2018** às  
**22:29**

Complementa o BO Número: **18E0270000058**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que**  
**aconteceu no dia 28/12/2017 às 14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARNAIBA, 1, RODOVIA PE 320 -**  
- Bairro: **CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

OUTROS ( AUTOR \ AGENTE )  
EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS ( OUTRO )  
JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA ( VÍTIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

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

OUTROS - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

**JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA** (presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: **LUZINETE PEREIRA DA SILVA** Pai: **ROQUE CÂNDIDO** Data de Nascimento:  
**21/4/1982** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **66466611/SP/SP (RG), 63549187460 (CPF), 63236707326 (CNH)**  
Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Telefones Celulares:  
- **87986642864**

Endereço Residencial: **RUA POR DO SOL, 78 - CEP: 0 - Bairro: CAIXA D'AGUA -**

## CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL

**EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CLEDMILSON CÁNDIDO DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN1239** (PERNAMBUCO/CARNAIBA) Rennavam: **348222001** Chassi: **7B1B6331469**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

O SRº JOSÉ CLEDMILSON CÁNDIDO DA SILVA COMPARCEU NESTA UNIDADE POLICIAL PARA INFORMAR QUE NO DIA 28/12/2017, PEGOU EMPRESTADA A MOTOCICLETA NESTE BOLETIM PARA IR DA CIDADE DE CARNAÍBA PARA NO CENTRO COMERCIAL DA CIDADE DE AFOGADOS DA INGAZERA. O MESMO INFORMA QUE ANTES DE CHAGAR NA ENTRADA DO DITRITITO DO ITÁ PERCEBEU QUE O PNEU DA MOTOCICLETA MURCHOU E ISSO OCASIONOU O DESCONTROLE DO VEÍCULO E FEZ COM QUE ELE DESIQUILIBRASSE DA MOTO E CAÍSSE NO ASFALTO. A VÍTIMA AFIRMA QUE POPULARES QUE PASSAVAM EM UM CARRO, PARARAM E O LEVARAM PA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZERA ONDE FOI SUBMETIDO AOS PRIMEIRO SOCORROS. O BOLETEIM DE EMERGÊNCIA FOI ASSINADO PELO MÉDIDO GILVANEY JOSÉ VENÂNCIO DA SILVA CREMEPE- 4874, NO DIA 28/12/2017.

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

**JOSÉ CLEDMILSON CÁNDIDO DA SILVA**  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCIUS BEZERRA ALVES SILVA** - Matrícula: **2962235**



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

CPF da Vítima

Data do Acidente

*Jane cledmilton Cândido da Silva 035.491.874-59 28/12/2017*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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 Lider 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.

*EXCELSIOR SEGUROS*  
23 MAR 2018  
*SEGURO DPVAT.*

*S. Talhado 07 de 03 de 2018*

Local e Data

*Jane cledmilton Cândido da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: H.R.E.C/H.TRI/SUS 708 4037 7318 2461	Data: 28.12.17					
PACIENTE	Nome: José Edmílson Condido da Silva	Nº da Ocorrência					
	Residência: R Poco Sol nº 70 - B. Caixa D'Água - Laranjeiras PE 99664-8809	Telefone					
RESPONSÁVEL	Nome: Roseline Pereira da Silva Condido (mãe)	Residência					
		Telefone:					
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
SEGURADO	ESPOSA	Agricultor	<input checked="" type="checkbox"/> MASC.	21/04/1982	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO	NUMERO	ÓRGÃO EMISSOR
FILHO			<input type="checkbox"/> FEM.		<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO		
OUTROS					PE	55 409811	SSD/SP
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	CHEGADA	ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ANDANDO	<input type="checkbox"/> DE AUTO	SAIDA		14:37	_____ H _____ MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	
<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	CHEGADA		SAIDA		<input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares		
MÁX.	MIN.		AXILAR.	RENAL			
<p>Causa Provável da Lesão - Quelxa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas</p> <p>Acidente de MOTO.</p> <p>Travou no parapeito e bateu</p> <p>Dirigindo...</p> <p>Sintoma: R+ Travou</p> <p>INJ = Fratura de 1/3 (referir) Perna direita</p>							
<p>Tratamento</p> <p><b>NOTIFICADO</b></p> <p><b>EXCELSIOR SEGUROS</b> 23 MAR 2018 SEGURO DPVAT.</p>							
Destino Dado ao Paciente				Impressão Diagnóstica			
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado						
Encaminhado							
Removido							
Óbito às _____ H _____ Min. do				Licença Concedida _____ Dias			
Dia _____							
<p><b>NOTIFICADO</b></p>							

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00605

CONTA: 000000019340-3

---

Nr. da Autenticação 39E4E3DB61A1CB3C