

ATENDIMENTO: RUA DA CAIXA D'ÁGUA - NUN. - SN - CENTRO CARNAÍB
A PE 56820-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 104943513	
ROQUE CANDIDO DA SILVA		Fev/2018	
R PROJETADA 3, N. 00070 - CASA - CENTRO CARNAIBA PE 56820-000			
INSCRIÇÃO: 039 105 305 0180 000 GRUPO-3 DEB AUTOMÁTICO: 104943513			
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
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
REFERENCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
01/2018	15			
12/2017	07			
11/2017	07	TURBIDEZ	17	20
10/2017	06	COR APARENTE	17	20
09/2017	08	COLOR RESIDUAL	17	20
08/2017	09	COLIF. TOTAIS	17	20
		E. COLI	17	20

MEDIA: 09

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	40,18

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMB	40,18	1,65	0,66
COPRIS	40,18	7,00	2,81

IMPRESSO EM: 24/02/2018 08:00:13

VENCIMENTO: 05/03/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

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

EXCELSIOR SEGURO
23 MAR 2018
SFC

	VENCIMENTO: 05/03/2018	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA	
				ATENDIMENTO: 0800-0810195 VÁZAMENTOS: 0800-0810185



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 360.710.364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55912-130

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

003304630	UNCA	26/09/2017
26/09/2017	2000136289	3672621

7/26/070019	09/2017
03/10/2017	26/10/2017
213,66	

CONSUMO ABOG(VW)	CLASSIFICAD	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abogado AMARELA	278.0000000	0,87316022	106,78
Acrescimo Dendeira AMARELA			6,74
Acrescimo Dendeira VERMELHA			2,87
Contribuição Iluminação Pública			7,80
ICMS Sufreção-COE-Nº 002147189-18/07/17			1,42
Multa por atraso-Nº 002632123-22/08/17			3,27
Multa por atraso-Nº 002147189-18/07/17			2,63
Juros por atraso-Nº 002147189-18/07/17			1,32
Juros por atraso-Nº 002632123-22/08/17			1,19
Atualização IOPM-Nº 002632123-22/08/17			0,10
PRO-CRANÇ.A-(00113412-0000 0000 031 0000			

TOTAL DA FATURA

213.60

Nº DO MEIADOR	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WAL)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
071014219	CA1	22-08-2017	19.836,00	26-08-2017	15.912,00	36	1,00000		279,00

Mês	Índice de Precipitação Pluvial (IPP)	Média 12 meses
JAN 17	34,1	57,7
FEB 17	30,6	57,7
MAR 17	37,9	57,7
ABR 17	34,2	57,7
MAY 17	31,2	57,7
JUN 17	31,2	57,7
JUL 17	34,4	57,7
AUG 17	23,7	57,7
SET 17	19,3	57,7
OCT 17	24,4	57,7
NOV 17	19,2	57,7
DEZ 17	19,6	57,7

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS
23 MAR 2018
SEGURO PRIVAT

	CONJUNTO	VALOR RECEBÍVEL MAYO/17	LÍMITE MÍNIMO	LÍMITE VENCIMENTAL	LÍMITE MÁXIMO	TENSÃO MUSCULAR (V)		
						LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)		
						MÍNIMO	MÁXIMO	
CR2	SEPIA TALHADA	0,28	0,43	10,38	21,73	220	202	231
PR2		1,23	3,36	6,72	13,44			
CR30		0,28	3,11	0,20	0,20			

Linda OCPN 12.22 Page 1 - Value na Encargos da União do Estado do Ceará, 2011 = R\$ 60,30

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
-----------------------	----------------	---------------------------	----------------------------

2278076010 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

Vítima: Jon Edmilson Carmido 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 COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas.

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

Av./Rua

Rua do Sol, nº 70

Bairro:

Loixa D'agua, Cidade: Larnailva, CEP: 56830-000

Fone(s)

(87) 9634-4907; () ; ()

Local e Data:

Luará Talhada, PE, 06 DE agosto DE 2018.

Jon Edmilson Carmido da Silva
(Nome da vítima conforme RG)



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Roberta de M.S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jané Oledmilson Candido da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.491.874/59, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jané Oledmilson Candido da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.491.874/59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: TECUDOU Renda: TECUDOU e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

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

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

S. Talhada, 02 de 03 de 2018
Local e Data

Roberta de M.S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



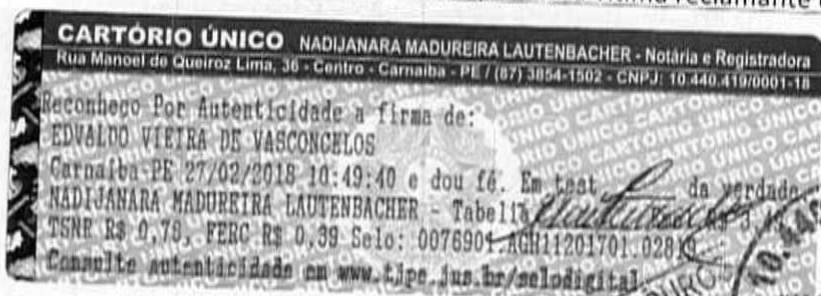
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUALDO VIEIRA DE VASCONCELOS,
RG nº 4764778, data de expedição 16/06/1989
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 781.863.314-68, com
domicílio na cidade de CARNAÍBA, 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
vítima JOSE CLEDMILSON C DA SILVA cujo o condutor era
JOSE CLEDMILSON C. DA SILVA

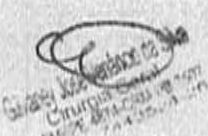
Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 150 TITAN ESD
Ano: 2011
Placa: PEV 1239
Chassi: 9C2KC1650 BR5 49011
Data do Acidente: 28/12/2017
Local e Data: Serra Talhada 03/03/2018

X Eldo 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: <u>H.R.E./H.TRI/SUS 708 4037 7318 2461</u>				Data: <u>28.12.17</u>	
PACIENTE	Nome: <u>José Edmilson Candido da Silva</u>					Nº da Ocorrência	
	Residência: <u>R. Pardo Sol nº 70 - B. Caixa D'água - Laranjeira PE</u>					Telefone	
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Cruzete Pereira da Silva Candido (mãe)</u>					Telefone:	
	Residência						
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		<u>Agricultor</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<u>21/04/1982</u> PE	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO	Nº: <u>55 409811</u> UF: <u>PE</u>	ORGÃO EMISSOR: <u>SSA/SP</u>
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA CHEGADA		CHEGADA: <u>14:37</u> SAÍDA		_____ H _____ MIN <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares		
MAX:	MIN:		AXILAR:	RENAL:	<h2 style="margin: 0;">NOTIFICADO</h2>		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas <u>Acidente de moto.</u> <u>Travessia no túnel e percepção</u> <u>direção.</u> <u>Sus: R4 travessia</u> <div style="text-align: center;">  </div> <u>HD = Fratura de 1/3 inferior</u> <u>percepção</u>							
Destino Dado ao Paciente <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado Removido					Impressão Diagnóstica		
Óbito às _____ H _____ Min. do Dia _____					Licença Concedida _____ Dias		

NOTIFICADO

EXCELSIOR SEGUROS
 23 MAR 2018
 SEGURO PRIVAT.

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

NOME: JOSÉ CLEDIRMILSON (NOME SOCIAL) IDADE: 36

SITUAÇÃO / QUEIXA:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
COM ESCORIAÇÕES NA REGIÃO DO COTOVELO (D) +
PALMA DA MÃO (D), REFERE DOR NO TORNOZELO (D)

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE

DOENÇAS PREEXISTENTES:

INTOLERÂNCIA / ALERGIA:

PARÂMETROS

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

ACIDENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO

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

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

EXCELSIOR SEGUROS
23 MAR 2018
SEGURO DPVAT.

DOR TORÁCICA

INTENSA MODERADA LEVE

DURAÇÃO DA DOR LOCALIZAÇÃO

IRRADIAÇÃO 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
DEFICIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID DM MIE

FLUXOGRAMA

José Cláudio V. S. Queiroz
Enfermeiro
COREN-PE 452861
Assinatura e Carimbo

data 28/02/12

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

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

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO		NOME ATEND.	
035.491.874-59			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO
708403773182461			000149796
9 - NOME DO PACIENTE		10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA		21/04/1982	Masculino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO		(11) 98306-9527	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
POR DO SOL			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - COD. HIG. MUNICÍPIO	17 - UF
CARNAIBA		PE	18 - CEP
			56820-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO		
<p><i>paciente com queixa de dor abdominal, náuseas, vômitos, febre, diarreia, perda de peso, fadiga, etc.</i></p>		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
<p><i>Exames realizados: Hemograma, TGO, TGP, etc.</i></p>		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL		22 - CID, 10 PRINCIPAL
<p><i>Infecção por Helicobacter pylori</i></p>		5828
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID, 10 SECUNDÁRIO	25 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - COD. DO PROCEDIMENTO	
<p><i>Tratamento de infecção por Helicobacter pylori</i></p>		C95.90500	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
203 - TRAUMA, MASC.01		<input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRIGENTE MÉDICO)	
<p><i>Antônio Rodrigues de Freitas</i></p> <p>CRM 7361</p> <p>CPF: 000.552.993-26</p>	02/01/2018	<p><i>Mauciana Pereira</i></p> <p>CPF: 000.552.993-26</p> <p>CRM 7361</p>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO ROLAMENTO	40 - SÉRIE
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBO
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
<input 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 - COD. ORGÃO EMISSOR		51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO (NÃO REGISTRO DO CONSELHO)				
1 / 1	<p><i>Dr. Fernando de Andrade Melo</i></p> <p>CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603</p> <p>Médico Autorizador</p>				
MOTIVO DA ALTA:					
CARÁTER DA INTERNAÇÃO:					
DATA DA INTERNAÇÃO: 02.01.18					
DATA DA ALTA: 05.01.18					

XI GERES

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO 28/12/17 16:26
MÉDICO SOLICITANTE GILVANEI JOSE VENANCIO DA SILVA	Nº SOLICITAÇÃO 399452

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708403773182461	DATA DE NASCIMENTO 21/04/1982	SEXO MASCULINO	
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO		TELEFONE DE CONTATO 8798205414	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA POR DO SOL, 70, CASA, CAIXA D'ÁGUA			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARNAIBA	COD. IBGE MUNICÍPIO 2603900,00	UF PE	CER 56820000

Dados sobre o Transporte

MÉTODO DE TRANSPORTE AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO 01/01/18 20:57
OBSERVAÇÃO	
OBSERVAÇÃO EXCUTANTE	

Regulador

MÉDICO REGULADOR JOSEANE CLECIA PATRIOTA NOGUEIRA DE CARVALHO	
TIPO LEITO CIRURGICO	ESPECIALIDADE ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO 02/01/18 07:14
MÉDICO AUTORIZADOR	

EXCELSIOR SEGUROS
23 MAR 2018
SEGURO DPVAT.

Lais Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
Encaminhamento Para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente: JOSE CESAR LUIZ CARDOSO DE ALMEIDA

Registro:

Dados Clínicos: Apendicite do apêndice, dor no abdômen
há 1/3 inferior, febre, diarreia

Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica: Síndrome de 1/3 inferior de Perce
Divergente

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento:

caso de apêndice sem viabilidade
Tratamento

Encaminhamento Para:

SP 110 B

CEP

Data

Carimbo: José Roberto da Silva
Cirurgião Geral
CRM 123456789

Nome CRM

Unidade de Especialista:

Exames Clínicos:

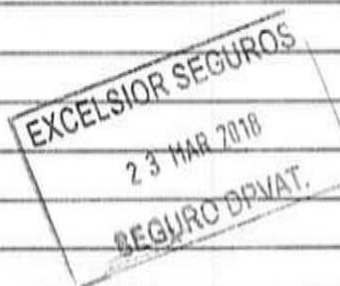
Exames Complementares:

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: ROSE CRISTIANE DOS SANTOS DE ALMEIDA

Registro:

Dados Clínicos: Apendicite do Utero. Dor Uterina
No 1/3 inferior esquerdo

Exames Complementares / Resultados:

Hipótese Diagnóstica: Síndrome do 1/3 inferior da perna
Direita

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento:

Encaminhamento Para:

Data

Nome CRM

Unidade de Especialista:

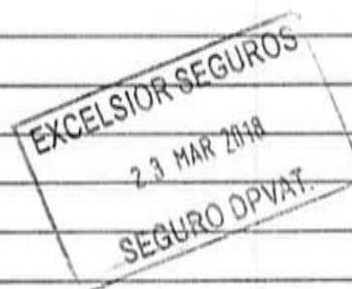
Exames Clínicos:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

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

☐
☐
☐



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	Cor: Parda
Estado Civil: Indefinido	Profissão: MANOBRISTA	Naturalidade: CARNAIBA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: ROQUE CANDIDO DA SILVA		Mãe: LUZINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO	
Endereço: POR DO SOL		6	
Bairro: CAIXA D'AGUA	Cidade: CARNAIBA	Estado: PE	Telefone: (11) 98306-9527
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []		Acidente de Trabalho []	
Suicídio []		Outros Acidentes []	
Casual []		Agressão []	
Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<i>Lesão traumática no MTD, edema, dor, mobilidade limitada, suppurção, ferimento MTD</i>			
Diagnóstico Inicial			
<i>Fratura da Tibia b.</i>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final			
<i>FRAT. TIBIA (D)</i>			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorado [X]	Decisão Médica [X]		
Inalterado []	Alta a Pedido []		
Piorado []	Transferência []		
Óbito+48h []	Evasão []		
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: / /		Data do Internamento: 02/01/18	
Hora: / /		Data da Alta: 05/1/18	
		Local: /	
		Assinatura: Antônio Rodrigues de Freitas	
		CRM: 7351	
		CPF: 011.983.069-26	

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

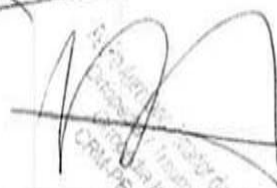
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① POTE EM DM
- ② ASSEPSIA / ANTISTÉPTICA
- ③ APOSEIÇÃO CAVOS ESTÉRILIS
- ④ REDUÇÃO INCRUSTA
- ⑤ FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO
- ⑥ CURATIVO

EXCELSIOR SEGUROS

23 MAR 2018

SEGURO DPVAT.


Assinatura do Cirurgião

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSE CLERMILSON CANDIDO DA SILVA
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 55409811 SSP SP
 CPF: 035.491.874-59
 DATA NASCIMENTO: 21/04/1982
 PRECATORIO: ROQUE CANDIDO DA SILVA
 LUSINETE PEREIRA DA SILVA CANDIDO
 PERMISSÃO: ☐ ACC ☐ CAT. HAB. AD
 VALIDADE: 25/10/2021
 1ª HABILITAÇÃO: 22/03/2004
 Nº REGISTRO: 03230707326

OBSERVAÇÕES:
 Exerceu Ativ Remunerada

Assinatura do Fundador: *for Clémilson e Silva*
 DATA EMISSÃO: 23/11/2016
 LOCAL: AVOGADOS DA INGENHEIRA - PE
 Assinatura do Presidente: *[Assinatura]*
 Assinatura do Secretário: *[Assinatura]*
 15109140308
 PE075549239
 DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1304906186
 REGISTRO PLASTIFICAR
 1304906186

EXCELSIOR SEGUROS
 23 MAR 2018
 SEGURO DPVAT.

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

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 6870892 SDS PE

CPF
 051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
 19/08/1983

FUSÃO
 ANTONIO PEREIRA DA
 SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 AB

N.º REGISTRO
 04935894409

VALIDADE
 18/11/2019

1.ª HABILITAÇÃO
 06/05/2010

OBSERVAÇÕES
 A

Assinatura do Portador
 Rosana de Menezes Silva Cavalcante

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 19/11/2014

Assinatura do Emissor
 47011846458
 PMS03050153

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1017067334

PRECISAR PLANTILHA
 1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
 23 MAR 2018
 SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE

Nº 013434470475
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 349282001 ***** 2017

EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS

CARNAIBA-PE

791.863.314-69

PEN1239

9C2KFC1650BR549011

PAS /MOTOCICLETA

ALCO/GA90L

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011 2011

2P/149CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

1 *****
2 *****
3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00
PREMIO TOTAL (R\$) 0,00
DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. BANCO HONDA SA

MARCA PARA TRANSFERENCIA

CARNAIBA-PE 22/09/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013434470475 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDVALDO VIEIRA DE VASCONCELOS

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 800 022 1204

CARNAIBA-PE

791.863.314-68

PEN1239

349282001 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011 09 9C2KFC1650BR549011

PREMIO TARIFARIO

1 *****
2 *****
3 *****

PREMIO TOTAL (R\$) 0,00
DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.243.604/0001-94

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É SEU FOLHETO OBRIGATORIO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

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, EDEMA RESIDUAL NA PERNA DIREITA, 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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, EDEMA RESIDUAL NA PERNA DIREITA, 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

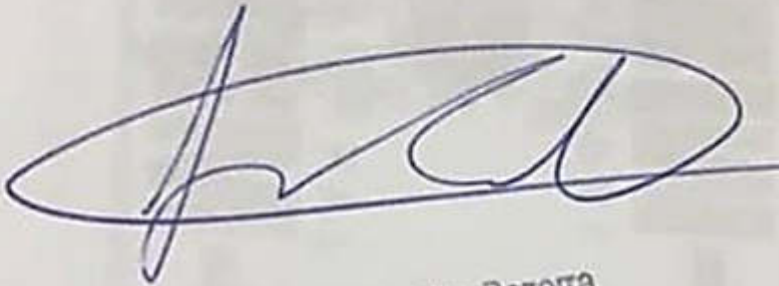
Região Corporal

% 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.



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

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, 07 de 03 de 2018

X *[Handwritten Signature]*



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.900.000

DH

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

DH

FC0028/38

PESO (kg)

1,160

Correios

☐ AR
☐ MP

SEDEX

DY 08669661 7 BR



DH

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12598265



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** 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 nº: 13283697

A/C: JOSE CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180134537
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

035.491.874-59

José Cleodimilson Candido da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Cleodimilson Candido da Silva		CPF titular da conta 035.491.874-59	Profissão Agricultor
Endereço R: Projetada 3		Número 70	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Carnaíba	Estado PE	CEP 56820-000
Email		Telefone (DDD) (87) 9634.4907	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 0605 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 19340 D/V (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

EXCELSIOR SEGUROS
23 MAR 2018
SFC - SUSEP

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. Tolbada 07 de 03 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXCELSIOR SERVIÇOS
23 MAR 2018
SEGURO DPVAT



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: **MUNICIPIO 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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: **86489811/SSP/SP (RG), 83549187469 (CPF), 83238787326 (CNH)**
Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **87886642864**

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

06/02/2018 23:19

CARNAÍBA/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 CANDIDO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN1239** (PERNAMBUCO/CARNAÍBA) Renavam: **348282001** Chassi: **78186331469**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SRº JOSÉ CLEDMILSON CÂNDIDO DA SILVA COMPARECEU 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 INGAZEIRA. O MESMO INFORMA QUE ANTES DE CHAGAR NA ENTRADA DO DISTRITO DO ITÁ PERCEBEU QUE O PNEU DA MOTOCICLETA MURCHOU E ISSO OCASIONOU O DESCONTROLE DO VEÍCULO E FEZ COM QUE ELE DESILIBRASSE 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 INGAZEIRA ONDE FOI SUBMETIDO AOS PRIMEIROS SOCORROS. O BOLETEIM DE EMERGÊNCIA FOI ASSINADO PELO MÉDICO GILVANEY JOSÉ VENÂNCIO DA SILVA CREMEPE- 4874, NO DIA 28/12/2017.

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

JOSÉ CLEDMILSON CANDIDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MÁRCIUS BEZERRA ALVES SILVA** - Matrícula: **2962836**



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 Cleodirson Candido 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



S. Talhada 07 de 03 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E./H.T.R.I./SUS 708 4037 7318 2461				Data: 28.12.17	
PACIENTE	Nome: José Admilson Candido da Silva					Nº da Ocorrência:	
	Residência: R. Pardo Sol nº 70 - B. Caixa D'água - Laranjeira PE					Telefone:	
RESPONSÁVEL	Nome: Cruzete Pereira da Silva Candido (mãe)					Telefone:	
	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	NÚMERO: 55 409811 UF: PE	ÓRGÃO EMISSOR: SSA/SP
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA CHEGADA:		14:37	_____ H _____ MIN <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL		
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares		
MAX:	MIN:		AXILAR:	RENAL:	<h2 style="margin: 0;">NOTIFICADO</h2>		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas							
<p>Acidente de moto.</p> <p>Transcurencia no trânsito e percepção</p> <p>Sus: R4 transcurso</p> <p>10 = Fratura de 1/3 unguem</p> <p>Percepção</p>					Tratamento		
Destino Dado ao Paciente <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado Removido					Impressão Diagnóstica		
Óbito às _____ H _____ Min. do Dia _____					Licença Concedida _____ Dias		

NOTIFICADO

EXCELSIOR SEGUROS

23 MAR 2018

SEGURO PRIVAT.

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