

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348905 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ULISSES KAUAU LIMA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIA DE LIMA CALADO**

Nº Sinistro: **3180348905**

Vitima: **ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **10/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348905**.

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 13169450



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIA DE LIMA CALADO**

Nº Sinistro: **3180348905**
Vitima: **ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **10/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180348905**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CLAUDIA DE LIMA CALADO		CPF titular da conta 111.127.624-26	Profissão REC. INF
Endereço RUA APOLINARIO LEITE		Número 26	Complemento CASA
Bairro POVOADO CANAA	Cidade CARUARU	Estado PE	CEP 55000-000
Email			Telefone (DDD) (81) 9700-1998

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 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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.

2551

D/V

CONTA
NRO.

31598

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

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.

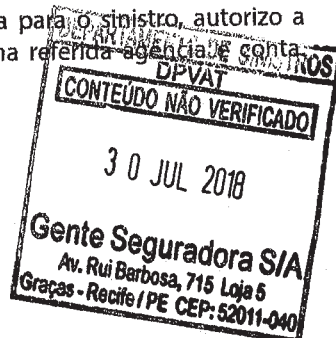
CARUARU/PE, 25 de JULHO de 2018

Local e Data

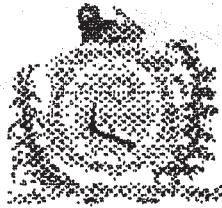
X Claudia de Lima Calado

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



2 de 2



461053

09/07/2018 18:29

02 76848/18

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0219001048

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/07/2018** às **18:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 10/6/2018 às 09:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, VILA CANAA - PROXIMO AO POSTO DE COMBUSTIVEL CARUATAMA - Balrro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CHICO (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIA DE LIMA CALADO (NOTICIANTE)
JONATHAN BARROS ALVES (OUTRO)
MARIA DE FÁTIMA DA COSTA SOARES (TESTEMUNHA)
JOSIMAR - ZÉ CANINHA (TESTEMUNHA)
JOSÉ HENRIQUE LIMA DA SILVA (VITIMA)
ULISSES KAUÂN LIMA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

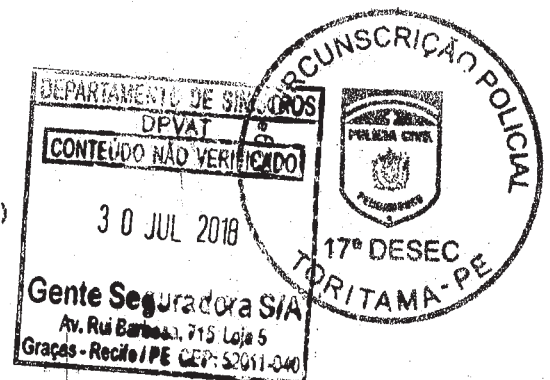
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
CHICO

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

CLAUDIA DE LIMA CALADO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE FATIMA SIQUEIRA DE LIMA Pai: JOSE NATALICIO SOUZA CALADO Data de Nascimento: 11/8/1989 Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9959878/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 995124898

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 20, RUA ABOLINÁRIO LEITE - VILA CANAA - DEPOIS DO POSTO CARUATAMA SEGUNDO BECO. - CEP: 0 - Balrre: CEDRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

CHICO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELITA Pai: CHICO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA CONHECIDA COMO PONTO DA DROGA, LADO DO POSTO CARUATAMA NO MORRO POR TRÁS. - CEP: 0 - Balrre: CEDRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPrev...

MARIA DE FÁTIMA DA COSTA SOARES (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 21, RUA ABOLINÁRIO LEITE - VILA CANAA - DEPOIS DO POSTO CARUATAMA SEGUNDO BECO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSIMAR - ZÉ CANINHA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA DA PADARIA PANIFICADORA CANAA - VILA CANAA - CEP: 6 - Bairro: CEDRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

JONATHAN BARROS ALVES (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSÉ HENRIQUE LIMA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **CLAUDIA DE LIMA GALADO** Pai: **JOSEILDO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/10/2007** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL**

ULISSES KAUÂN LIMA DE OLIVEIRA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **CLAUDIA DE LIMA GALADO** Pai: **JOSÉ CARLOS ANJOS DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **22/12/2012** Naturalidade: **SAO BENTO DO UNA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONATHAN BARROS ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CHICO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

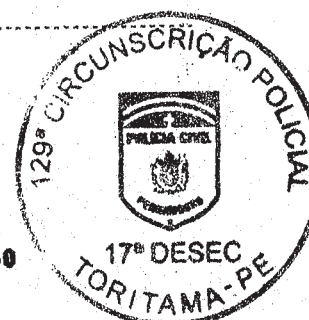
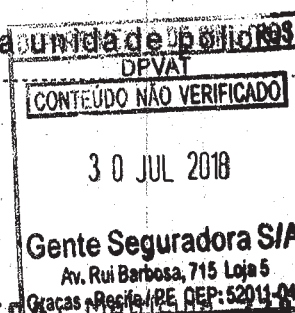
Placa: **PD34395** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Chassi: **9C2JC4820ER523231**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **RENAVAM 1163077342**

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE (MÃE DAS VÍTIMAS: ULISSES KAUÂN LIMA DE OLIVEIRA, COM CINCO ANOS DE IDADE E JOSÉ HENRIQUE LIMA DA SILVA, COM DEZ ANOS DE IDADE) QUE: VINHA ANDANDO DO MERCADINHO CANAA PARA SUA CASA E AO ATRAVESSA A ER 104 UMA MOTOCICLETA (BIZ DE COR PRETA DE PLACA PD34395) CONDUZIDA PELO AUTOR (CHICO, APROXIMADAMENTE 15 ANOS, PARDO, 1,90 DE ALTURA, MAGRO, 80 KG, CABELO CURTO/LISO/PRETO, OBS. MAGRO DA CANELA GRANDE) SAIU POR TRÁS DE UM CARRO DE COR BRANCA, QUE PAROU PARA DÁ PASSAGEM PARA A NOTICIANTE E AS VÍTIMAS E ATROPELOU A VÍTIMA ULISSES KAUÂN E QUE AO TENTAR FUGIR ATROPELOU TAMBÉM A VÍTIMA JOSÉ HENRIQUE; QUE O AUTOR TAMBÉM CAIU, MAS CONSEGUIU FUGIR SEM PRESTAR SOCORRO E DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA DIZENDO QUE FOI UM CARRO QUE BATEU NELE; QUE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade de polícia

Claudia de Lima Galado
CLAUDIA DE LIMA GALADO
(NOTICIANTE)



B.O. registrado por: **ROGERIO DA SILVA DA FONSECA** 1163077342

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

ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRA

CPF da Vítima

Data do Acidente

10/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CLAUDIA DE LIMA CALADO

CPF do Representante legal

111.127.624-26

Email

Telefone (DDD)

(81) 9700-1998

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

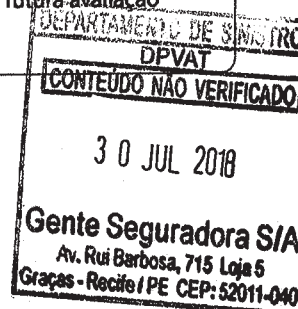
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

CARUARU/PE, 25 de JULHO de 2018

Local e Data



Claudia de Lima Calado

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Toritama, 15 de junho de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **ULISSES KAUÃN LIMA DE OLIVEIRA** CPF **141.606.134-70** que consta nos registros de ocorrências N° **0258** do **SAMU** Toritama atendimento realizado por esse serviço o mesmo, no dia 10 do mês de junho do ano de 2018 às 09hs:15min. No Endereço BR 104 (vila Canaã) com queixa de atropelamento. Tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE **BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, encaminhado ao HMSF na cidade de Toritama-PE.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Claudia de Lima Palado
Responsável

Recebi esta declaração do SAMU Toritama-Pe 25/06/2018

Ana Paula Silva de Assis
Enfermeira
COREN-PE 314864
Coordenadora
SAMU-Toritama

Ana Paula Silva de Assis
Coordenadora do Samu Toritama-PE
Port.GP 0100/2017



Toritama, 04 de Julho de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 088/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 106.558, no dia 10/06/2018, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Mateus Tavares
Portaria 387 - SMC
Coordenador de Unidade de Saúde
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



Av. João Manoel da Silva ▪ Centro – Toritama - Pernambuco ▪
Telefone: 3741- 1192 ▪ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADINALDA ANJOS DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA APOLINÁRIO LEITE 26

CPF: 046.043.924-39 NIS: 12932318545

POVOADO CANAA/VILA CANAA
CARUARU PE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTADOR FISCAL Nº 018783323 SÉRIE ÚNICA EMISSÃO 11/06/2018
DATA DE VENCIMENTO 18/06/2018 DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA 10/07/2018
TAXA DE INSTALAÇÃO 11/06/2018 2013788803 782988

CONTA CONTRATO 7018226418 MÊS/ANO 06/2018
DATA DE VENCIMENTO 18/06/2018 DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA 10/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 5,77

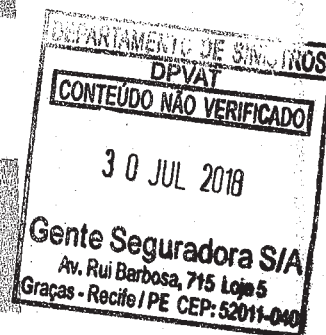
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18450915	5,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,08
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,16
TOTAL DA FATURA			5,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	DATA LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
80328880	CAT	10-05-2018	12.883,00	11-06-2018	12.705,00	32	1,00000		22,00

HISTÓRICO DE CONSUMO				INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS				TAXAS APLICADAS	
Mês/Ano	kWh			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO			
JUN 18	30								
MAR 18	30								
ABR 18	30								
MAR 18	30								
FEV 18	30								
JAN 18	30								
DEZ 17	30								
NOV 17	30								
OUT 17	30								
SET 17	30								
AGO 17	30								
JUL 17	30								
JUN 17	30								
				ICMS					
				PIS	5,77	0,78	0,04		
				COFINS	5,77	3,66	0,21		
				TAXAS APLICADAS					
				Consumo Ativo até 30 kWh					
				0,1829880					
				RESERVADO AO FISCAL					
				DE80.2E93.66EF.E8B6.4C89.ACD7.9F4A.CC0C					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Essa conta poderá ser paga no atendimento mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há redução da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 20% (Lei 10.438/02) e juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês seguinte ao ICMS conforme art. 9, XLV/B, e 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 11,32. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pontos de atendimento comercial.

As contas pagas de acordo com o Regulamento (Resolução ANEEL 414/2010) de tarifas produzidas por serviços prestados atribuídos ao consumidor e descontadas para garantir a disponibilidade de atendimento ao site www.celpe.com.br





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.035.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SURUBIM

CLASSIFICAÇÃO

SURUBIM PE

55750-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO

022784907 ÚNICA 05/07/2018

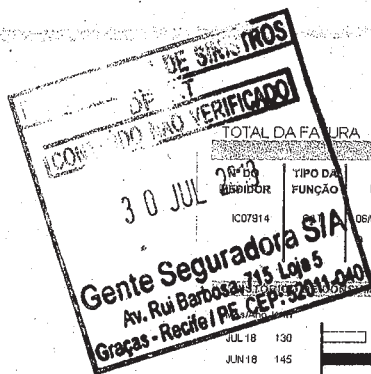
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO

05/07/2018 2011168088 3753008

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7005749888	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
12/07/2018	06/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	113,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	130,0000000	0,74722063	97,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			9,31
Contribuição Iluminação Pública			6,31
ICMS Subvenção-CDE-NF 015294280-07/05/18			0,93
TOTAL DA FATURA			113,68

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

CONSUMIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
IC07914		05/06/2018	24.000,00	05/07/2018	24.130,00	29	1,00000		130,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	36,82	34,59%
ICMS	106,44	25,00	26,61	Transmissão	R\$	4,49	4,22%
PIS	106,44	0,92	0,97	Distribuição (Celpe)	R\$	21,00	19,73%
COFINS	106,44	4,28	4,55	Perdas de Energia	R\$	5,60	5,20%
				Encargos Setoriais	R\$	5,40	5,07%
				Tributos	R\$	32,13	30,19%
				Total	R\$	106,44	100%

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo(kWh)	0,52158000

RESERVADO AO RISCO

7741 9ABB ABB7 9017 A755 EEEE 172E 7715

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Forme a central, av. noncentor luz terra para 104 torres e 1 central / formade costa, rua rose amela de miranda da data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações: www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gere multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descompensação do preço definido para os padrões de atendimento comercial.

A 2ª compensação para o fornecimento (Resolução ANEE 2413/2010) de 0,031 por kWh.

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLAUDIA DE LIMA CALADO inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.127.624 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ULISSES KAVAN LIMA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

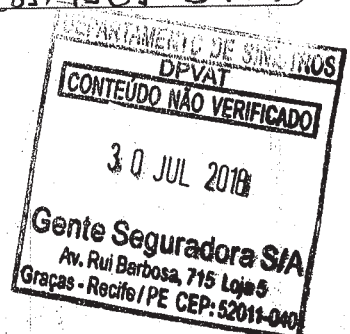
Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGURADOS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9161-3907</u>

SURUBIM/PE, 25 de JULHO de 2018

Local e Data

Adriana M^{te} M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro: 106 358	Hora: 09:49	Nome do Paciente: Claudete de Lima Oliveira	Sexo: M	Data de Entrada: 10/06/18
Idade: 6	RG:	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento: 22/12/2012	Naturalidade: São Bento do Una - PE	Número: 26	Complemento: CRR	
Endereço: R. Apollonius Leite	Cidade: Caruaru	Bairro: Vila Caruaru	UF: PE	CEP: 55000-000
SUS: 898 0040 178 287	Profissão:	Nome do Pai: José Carlos Apollonius Leite	Telefone: 9 9457 1405	
Nome da Mãe: Claudete de Lima Calçado	Nome do Responsável: Edmarcelo Anjos			
PA: 110 x 80	PULSO:	FR:	HGT: 172 mg/dl	PESO:
SpO ₂ ambiente: 92	SpO ₂ com O ₂ : L/min:			T (°C):
CLASSIFICAÇÃO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ASSINATURA E CARIMBO:				

HDA: Paciente vítima de descolamento por maculenta às 9:40 h de 18
30R
Em tempo. Pacientes às 10:39 apresentando supracardíaco emético.

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP: Não

EXAME GERAL: EGR, descolamento de membrana	OROSCOPIA: -
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO: -
ACV: RCE em 2T BNF 18S FC = 112 bpm	GLASGOW: 14
AR: em HTD	NUCA: -
ABDOMEN: DORSO abdominal, indolor à palpação	PUPILAS: 3-4 mm, reage a luz
MEMBROS: membros inferiores	PELE: -

Diagnóstico Provisório:

> Alergias: () Sim: Não

Conduta: 1) Transfusão de OMR
2) Aceso pleural

Zaira Valença Collier
Médica
CRM/PE 26752



MÉDICO(CRM)

**HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

**FICHA DE
ENCAMINHAMENTO**

2º VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE

Ulisses Kanan de Lenc

REGISTRO Nº:

IDADE:

RESIDENTE:

Rua apolinário Leite

SENHA:

5444853

PARA O HOSPITAL:

ESCLAREÇA SE O MESMO É PORTADOR DE:

Paciente em tratamento de epilepsia por malária
apresenta com RNC. Apresenta o sequestrado e putrefato. Odores fétidos. N

Exame: EGR, com todos os exames.

ACV: PCR em 21 BNFVS PA: 140 X 80 mmHg FC: 132 bpm

AT: HIV em HTD

Abel: plano dinâmico indolente. HGT = 172 mg/dl.

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

DATA

10 06 2018

ASSINATURA DO MÉDICO:

BS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

Zânia Valença Collier
Médica
CRM/PE 28752



Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco
Telefone: 3741- 1192 - E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 983907
Nome: Ulisses Kauan L de Oliveira
Foi atendido às _____ h do dia 10, 06, 2018
Diagnóstico Provável TCE
_____ data da alta 11, 06, 2018

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:
CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ULISSES KAUÃN LIMA DE OLIVEIRA

MATRÍCULA:
0760420155 2013 1 00021 217 0027307 26

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO: VINTE E DOIS DE DEZEMBRO DE DOIS MIL E DOZE
DIA: 22 / MÊS: 12 / ANO: 2012. HORA: 00hs e 15min.

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: São Bento do Una, Estado de Pernambuco.
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: Vila de Carapotós, 2º distrito de Caruaru, estado de Pernambuco.

LOCAL DE NASCIMENTO: SÃO BENTO DO UNA - PE
SEXO: Masculino

FILIAÇÃO: JOSÉ CARLOS ANJOS DE OLIVEIRA e CLÁUDIA DE LIMA CALADO
AVÓS:

Ulisses Inocencio de Oliveira e Alaide Maria de Jesus (paternos)
José Natalicio Souza Calado e Maria de Fátima Siqueira de Lima (maternos)

GÊMEO: Não. NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S):

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO: Dezesesseis de março de Dois mil e treze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: 30-56907002-5

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES:
Livro: A-21, fls. 217 e Termo: 27.037



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
Carapotós, 16 de março de 2013.

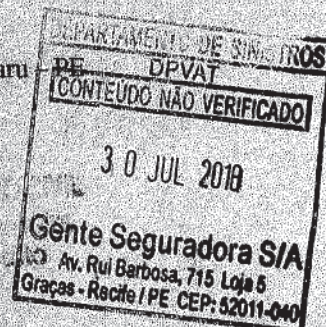
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Maria da Conceição Oliveira
Carapotós - 2º Distrito
Caruaru - PE

Oficiala

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DA VILA DE CARAPOTÓS.
2º DISTRITO DE CARUARU - PE

OFICIALA: MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

Endereço destinado para correspondência: Rua Francisco Pereira da Silva, 120 - Divinópolis / Caruaru
CEP: 55010-300 / FONES: (81) 3723-8919/ 3712-5011



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIR

RI-63

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Claudia de Lima Calado

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.690.878

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/04/2013

NOME << CLAUDIA DE LIMA CALADO >>

FILIAÇÃO << JOSÉ NATALÍCIO SOUZA CALADO >>
<< MARIA DE FÁTIMA SIQUEIRA DE LIMA >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE

DATA DE NASCIMENTO 11/08/1989

DOC ORIGEM << 07731301551990100022076 >>

CPF 111.127.624-26

ASSINATURA DO DIRETOR

THOMAS GRIED & SOUS

CÓDIGO DE CONTROLE
F2A1.62C8.9BC6.365F



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:12:59 do dia 01/08/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
111.127.624-26

Nome
CLAUDIA DE LIMA CALADO

Nascimento
11/08/1989

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUL 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: **4810389 SSP PE**

CNPJ: **945.234.444-04** DATA NASCIMENTO: **26/07/1974**

FILIAÇÃO: **JOSE GOMES DE MOURA**

ISMAETE FERREIRA DE MO
URA

PERMISSÃO: **B** ACC: **B** CAT. HAB: **B**

Nº REGISTRO: **02378605279** VALIDADE: **06/04/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **17/06/2002**

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **SURUBIM - PE** DATA EMISSÃO: **10/04/2017**

Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

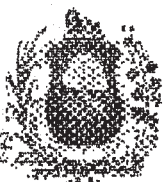
PERNAMBUCO

O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421884961

COPIADO PLAS HIFILAK
 1421884961

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

DE VAI
 DE SINA ROS
 NÃO VERIFICADO



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 09/07/2018
pag.: 1

09/07/2018 17:29

Relatório de Veículo

PLACA : PDS4395 UF : PE RENAVAL : 1153077342 CHASSI : 9C2JC4820ER523231

Características Básicas :

TIPO : MOTONETA

ESPECIE : PAS

ANO FAB./MODELO : 2013/2014

MARCA/MODELO : HONDA/BIZ 125 ES

COR : PRETA

COMBUSTÍVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :

PROPRIETÁRIO : JONATHAN BARROS ALVES

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : AV PREFEITO BRAS DE LIRA

COMPLEMENTO : NOVO

BAIRRO :

MUNICÍPIO : S C CAPIBARIBE

CEP : 55190000

UF : PE

Debitos :

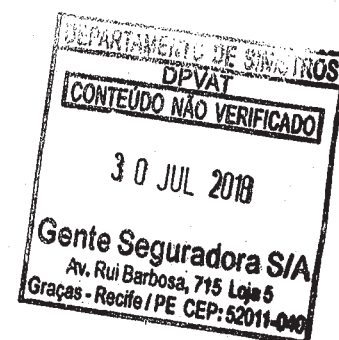
IPVA : NÃO

LICENCIAMENTO : NÃO

MULTAS : NÃO

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO :



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRADATA DO ACIDENTE 10/06/2018 CPF DA VÍTIMA _____PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTANº 320 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SURUBIM UF PE CEP 55150-000E-MAIL afseguuros1994@yahoo.com.br TELEFONE (81) 9100-1998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

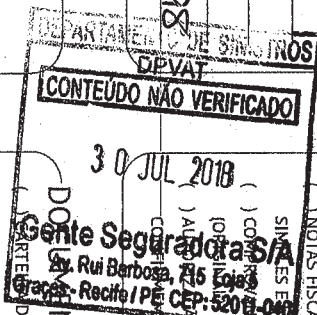
DATA _____

IDENTIDADE 4.810.38955810E

NOME _____

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348905 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ULISSES KAUAN LIMA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

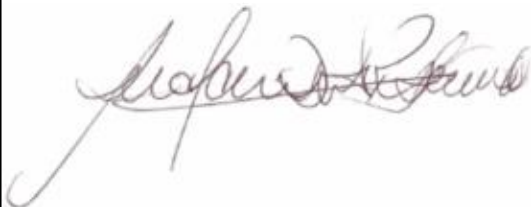
Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



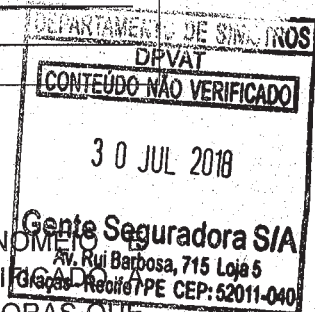
PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME- CLAUDIA DE LIMA CALADO
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- R. INFORMAR.
IDENTIDADE- 9.690.878 SDS/PE
ENDEREÇO- RUA- APOLINÁRIO LEITE, 26, POVOADO CANAÃ / CARUARU PE. _____, _____, _____

OUTORGADO

NOME- ADRIANA M ^{te} M. De A. FERNANDES.
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- R. INFORMAR.
IDENTIDADE- 4.820.389 - SSP/PE
ENDEREÇO- RUA- JOÃO BATISTA, 370, CENTRO, SURUBIM-PE. _____, _____, _____



PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMINADO
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Toritama - PE 16 DE julho DE 2018

BARTÓRIO ÚNICO
Reconhecimento
TORITAMA-PE

X Claudia de Lima Calado



BARTÓRIO ÚNICO TORITAMA-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama-PE
Aurea de Moura Jesus
- Tabeliã -
Mária do Rosário da Silva Araújo
1ª Substituta
Luíza Maria Cristina da Silva Araújo
2ª Substituta
COMARCA DE TORITAMA

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TÍT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS Aurea de Moura Jesus titular - Mária do Rosário da Silva Araújo substituta - Luíza Maria Cristina da Silva Araújo 2ª substituta RUA DO COMÉRCIO, 343 - CENTRO - CEP: 55.125-000 - TORITAMA/PE - FONE/FAX: (81) 3741-3957
Reconheço Por Autenticidade a firma de CLAUDIA DE LIMA CALADO. 17/07/2018 14:41:39 e dou fé. Em testemunho da verdade. Substituta: MARIA DO ROSARIO DA SILVA ARAUJO ENCL.3,59, TENC.0,80, FERC 1,40 Total R\$4,79 Selo: 0076752.AH506201801.03283 Consulte autenticidade em www.tipejus.br/selodigital .
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS E/OU RASURAS