



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 6º andar, Recife, Pernambuco - CEP 50060-400
CNPJ 10.935.992/0001-00 | Insc. Est. 0075943-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 888.710.304-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

003304530 CNCA 28/08/2017
28/08/2017 2000136201 3872821

03/10/2017 213,68

	Consumo Ativo (Wh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	278.000.000	0,87216022	186,78
Acrescimo Bandeira AMARELA			8,74
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,97
Contribuição Iluminação Pública			7,39
ICMS Subv. ex-CDE NF 002147188 - 19/07/17			1,42
Multa por atraso NF 002822122 - 22/08/17			1,27
Multa por atraso NF 002147188 - 19/07/17			2,62
Juros por atraso NF 002147188 - 19/07/17			1,22
Juros por atraso NF 002822122 - 22/08/17			1,19
Atualização IOPM NF 002830122 - 22/08/17			0,10
PROD-CRANCA (09113412-8200 0200 031 8200)			0,88

TOTAL DA FATURA 213,68

IP DE	Tipo de	Anterior	Atual	IP DE	Comitente	Alcote	Consumo (kWh)
3872821	CAT	75-08-2017	13-08-2017	3872821	10	1,0000	778,00

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Set 17	778	0,87216022	186,78
Ago 17	230	0,87216022	20,26
Jul 17	320	0,87216022	27,91
Jun 17	264	0,87216022	23,04
Mai 17	243	0,87216022	21,21
Abr 17	262	0,87216022	22,87
Mar 17	279	0,87216022	24,28
Fev 17	324	0,87216022	28,24
Jan 17	349	0,87216022	30,56
Dez 16	145	0,87216022	12,65
Nov 16	142	0,87216022	12,48
Out 16	142	0,87216022	12,48
Set 16	142	0,87216022	12,48

134 0001 8882 4735 44 1188 8200 031 8200

134 0001 8882 4735 44 1188 8200 031 8200

Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Consumo (kWh)	778	0,87216022
Valor (R\$)	0,87216022	186,78

Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Consumo (kWh)	778	0,87216022
Valor (R\$)	0,87216022	186,78

Consumo (kWh) 778 Valor (R\$) 0,87216022

Consumo (kWh) 778 Valor (R\$) 0,87216022

Consumo (kWh) 778 Valor (R\$) 0,87216022

Consumo (kWh) 778 Valor (R\$) 0,87216022

Consumo (kWh) 778 Valor (R\$) 0,87216022

Consumo (kWh) 778 Valor (R\$) 0,87216022

Consumo (kWh) 778 Valor (R\$) 0,87216022

EXCELSIOR SEGUROS
10 NOV 2017
SECURCPVAT

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE EDILEUSA DO NASCIMENTO SANTOS CPF: 079.246.204-19 NIS: 20013594950		DATA DE VENCIMENTO 24/09/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/09/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 17/09/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 030960120		CONTA CONTRATO 002106068014 Nº DO CLIENTE 2002630565 Nº DA INSTALAÇÃO 0003664053	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA TV DO CRUZEIRO 606 BORBOREMA/SERRA TALHADA 56900-000 SERRA TALHADA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 231B.128A.4F2A.6944.CDBE.C578.6DD6.692A					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh		0,18699459	0,00
TOTAL DA FATURA			0,00

EXCELSIOR SEGUROS
03 OUT 2018
SEGURADOR

Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor
18/06/18	17/09/18	5,77	17/04/18	10/05/18	10,28
17/05/18	11/06/18	5,60	16/02/18	09/03/18	6,10

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																												
Consumo Ativo até 30 kWh: 0,17628850		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</th><th>Consumo (kWh)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>SET 18</td><td>0</td></tr> <tr><td>AGO 18</td><td>0</td></tr> <tr><td>JUL 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>JUN 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>MAI 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>ABR 18</td><td>48</td></tr> <tr><td>MAR 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>FEV 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>JAN 18</td><td>30</td></tr> <tr><td>DEZ 17</td><td>117</td></tr> <tr><td>NOV 17</td><td>72</td></tr> <tr><td>OUT 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>SET 17</td><td>41</td></tr> </tbody> </table>	Mês	Consumo (kWh)	SET 18	0	AGO 18	0	JUL 18	30	JUN 18	30	MAI 18	30	ABR 18	48	MAR 18	30	FEV 18	30	JAN 18	30	DEZ 17	117	NOV 17	72	OUT 17	30	SET 17	41
Mês	Consumo (kWh)																													
SET 18	0																													
AGO 18	0																													
JUL 18	30																													
JUN 18	30																													
MAI 18	30																													
ABR 18	48																													
MAR 18	30																													
FEV 18	30																													
JAN 18	30																													
DEZ 17	117																													
NOV 17	72																													
OUT 17	30																													
SET 17	41																													

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	0,00	1,03	0,00	0,00	4,69	0,00

	R\$	%
Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Cálculo)	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
000000000071171060	CAT	09/08/2018	20.069,06	10/09/2018	20.069,00	32	1,00000	0,00	0,00	

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,43	10,86	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 12,22			
EUSD-Valor da Encargo de Uso = R\$ 6,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! comercial torres: r major pedro nunes n135 centro / maria celeste gomes Brito - me: rua joaquim candido pereira centroLista completa em www.celpe.com.br"

g9 atualize seus dados no cadastro único até 16/11/18 para não perder a tarifa social. Informações 08007072003

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002106068014	09/2018	0,00	24/09/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF: 368.710.364-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEP/SERRA TALHADA
56912-130 SERRA TALHADA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

245,82

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/09/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
033326249

CONTA CONTRATO

002278076019

Nº DO CLIENTE
2000136269Nº DA INSTALAÇÃO
0003672821

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BDCC.1747.F686.8956.0055.B22B.889B.1A27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	282,00	0,75282909	212,29
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,66
ICMS Subvenção-CDE-NF 021982132-26/06/18			1,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 025728409-26/07/18			1,73
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			245,82

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Di Reav	Valor
03/09/18	25/09/18	255,32

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem
como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA,
com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem
como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do
processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 6,52150000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
SET 18		282
AGO 18		282
JUL 18		256
JUN 18		280
MAI 18		278
ABR 18		284
MAR 18		372
FEV 18		285
JAN 18		328
DEZ 17		340
NOV 17		352
OUT 17		292
SET 17		276

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	79,86	34,32
Transmissão	9,74	4,19
Distribuição (Celpe)	45,55	19,58
Encargos Setoriais	11,72	5,04
Tributos	71,46	30,72
TOTAL	232,64	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
232,64	25,00	58,16	232,64	1,03	2,39	232,64	4,69	10,91

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003010216219	CAT	27/08/2018	17.261,00	25/09/2018	17.543,00	29	1,00000	0,00	282,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,43	10,86	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 77,64					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia economize: rua Jose rodrigues de barros n. senhora da conceição /
farmacia popular: inocencio gomes de andrade 717 nossa sra da penhaLista 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 violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002278076019	09/2018	245,82	02/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

http://autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCEES_D-home-neogow-sao.com/servlet/login.neenergia.com.br/CCConversaoCepita/cepifatura...
1/1

**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: 3180461220

Nome do(a) Examinado(a): CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): TV DO CRUZEIRO, 606 - SERRA
TALHADA/PE - CEP 56903-550

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 9102710

Data e Local do Acidente : 22/08/2017

Data e Local do Exame : 06/02/2019 RUA DR ERICK RIBEIRO, 342 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

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

CONTUSÃO EM JOELHO E PERNA ESQUERDA

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

TTO CONSERVADOR E ATM
FEZ FISIOTERAPIA
SEQUELA DEFINITIVA

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

APRESENTA DEFICIT DE FORÇA EM MIE E BLOQUEIO ARTICULAR

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:

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

MIE

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 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

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.

Carlos Frederico S. de Barros

CARLOS FREDERICO SOARES RIBEIRO DE BARROS
CRM : 13892 / UF :PE



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Christiane Siqueira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.690.464/06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Christiane Siqueira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.690.464/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 Francisco Olavo</u>	Número	<u>110</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>IPSEF</u>	Cidade	<u>Senna Talhada</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		CEP	<u>56912-130</u>
				Telefone celular (DDD)	

Senna Talhada 17 de novembro de 2017
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



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 Romana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cristiane Siqueira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.690.464/06, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cristiane Siqueira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.690.464/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Pecunou Renda: Pecunou 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 Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>JPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Serra Talhada, 17 de novembro de 2017
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SA - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 22/08/17
Nº DE OCORRÊNCIA: 22-05
HORA DE CHEGADA: 22:05
HORA SAÍDA: 06
REGULAÇÃO: 06

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Christiane Siqueira da Silva CPF: 05/85 ID: 32 COR: 02
SEXO: F ORIENTAÇÃO SEXUAL: Estável ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Agente de Saúde
NOME DA MÃE: Elena Maria Figueira de Sousa TEL: 8364-9991
ENDEREÇO: Rua Argemiro BAIRRO: N. Amor Nº 1 CIDADE: Silveira
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR () CNS: 70700185076035
RESPONSÁVEL: Roberto Carneiro FUNCIONÁRIO (A):

MEIO DE TRANSPORTE: BOMBEIROS () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()
PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO: ANDANDO () MACA () CADEIRA DE RODAS ()
HOSPITAL () PSF () OUTROS ()
ENCAMINHADO: PESO: 70 KG

PA: 70/130 HGT: 170 TEMP: 36.2 FC: 112 SATO: 92% FR: 18

ANTECEDENTES PESSOAIS:
ANTECEDENTES FAMILIARES:
USO DE MEDICAMENTOS:

ALÉRGICO:

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza
() Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais
() Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio
() Paraestesia e/ou Parálise de parte do corpo () Tonturas
() Dor: Local:
() Queixa Urinária:
() Sangramento Local:
() Outras Queixas: Última de atropelamento
apresentou grande perda sanguínea
com ferimentos em M.E. de membros

ENCAMINHAMENTOS - CLASSIFICAÇÃO

() Clínico Geral
() Cirurgião
() Ortopedista
() Odontólogo
() Serviço Social
() Enfermagem
() Outros:

☒ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Assinatura Enf: [Signature]
CPREN 311 0000

EXCELSIOR SEGUROS

28 NOV 2017

3- EXAMES SOLICITADOS

1- QUEIXA PRINCIPAL(QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)

Atropelamento por veículo motorizado
com perda sanguínea
com ferimentos em M.E. de membros

2- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Lesão por trauma
com perda sanguínea
com ferimentos em M.E. de membros

Carimbo do Médico

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: () Automóvel () Ônibus () Moto
() Outros Qual: Ignorado
Fator de Proteção: () Cint./Capacete () Qual: Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: () Construção Civil () Indústria
() Agricultura () Comércio () Outros
Qual: Ignorado

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

() Intoxicação Acidental () Queda Acidental
() Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico
() Outros Qual: Ignorado

AGRESSÃO

POR: () Arma de Fogo () Arma Branca
() Espancamento () Outro Qual: Ignorado
MODO: () Assalto () Brigas () Ação Policial
() Agressão Sexual () Ignorado () Outros
Qual: Ignorado

AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO

() Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas
() Queda de Nível () Outros
Qual: Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

() Via Pública () Domicílio () Escola
() Ambiente de Trabalho () Outros
Qual: Ignorado

Nº DA NOTIFICAÇÃO: 22-05 SE: 22-05 INVESTIGAÇÃO: SIM ☒ NÃO ☐ AGRAVO: 22-05 RESPONSÁVEL: [Signature]

5 - CONDUTA MÉDICA / EVOLUÇÃO

DATA/HORA

A) SCL 1.000mg CV

B) Insulina 100U + 100U 17 00 00

9959496

C) Ajuste de dose

D) 0,5mg/kg 20 00 00

Paciente em estado de choque

Dr. Raimundo Viana
Cirurgia Geral
CREMEPE 19.539

Atesto com
Documento Original
Em 21.09.2017

Marysilde do Nascimento
Hosp. Reg. Inacio 000
Mat. 230.500-8

Assinatura do Médico (Carimbo Nome nº do CRM):

6 - EVOLUÇÃO

DATA/HORA

22/08/17

Intubado.
Tentei retirar de aparelho nebulizador/prote-
tor (menor) e pressionar em traqueia e nariz, e de
deformidade e cicatrizes de pele, etc.

Reflexo transabdominal de dor.

Ed: 1000mg no leito.

Prescrição: 1000mg 15min TUBO 1000mg 15min.

Intubado.

Para o tratamento.

João Lupatão
Cirurgia Geral
CREMEPE 19.539

DESTINO

Para Residência: ☒ Internado () Evasão () Ignorado () Óbito () Outros Data: / / Hora:

Transferido para: Senha:

Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento: A AIH deverá ser obrigatoriamente preenchida nos casos de:

- * Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas
- * Transferências
- * Óbitos

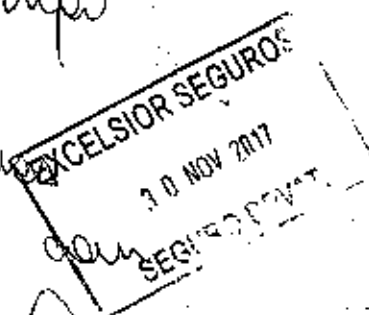


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cristiane Siqueira da Silva

Apresento para devidos fins, que a
paciente acima citada, foi vítima de
atropelamento no dia 20.08.14,
por veículo não identificado, apresentando
lesões contusas traumáticas em MIB
necessitando de correção/intervenção
cirúrgica profilática.

Decorrido com exames/laudos
anexos, a mesma chegou ao PS com
hipertensão e desidratada.



Atz Dr. Tassio Barros
Médico
CRM-PE 24725

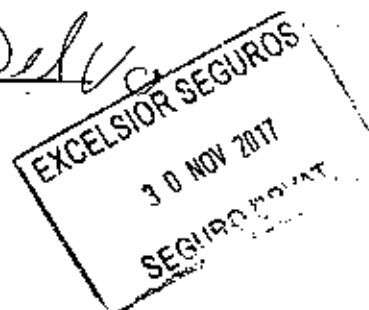
20.10.14

DECLARAÇÃO

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

SERRA TALHADA, 17 de novembro de 2017

x Christian Siqueira da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

48

DATA: 22/08/17
Nº DE OCORRÊNCIA: 1205
HORA DE CHEGADA: 12:05
HORA SAÍDA: 12:05
REGULAÇÃO: 1205

IDENTIFICAÇÃO		CPF:
NOME: <u>Carla Maria da Silva</u>	DATA DE NASC: <u>28/05/89</u>	ID: <u>32</u> COR: <u>99</u>
SEXO: <u>F</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL: <u>hetero</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>professora</u>
NOME DA MÃE: <u>Carla Maria da Silva</u>	BAIRRO: <u>11/0001</u>	Nº: <u>11</u> CIDADE: <u>Recife</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Pernambuco</u>	TEL: <u>3364-9792</u>	
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANalfabeto () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR ()	CNS: <u>707 0018 587675</u>	
RESPONSÁVEL: <u>Roberto Camargo</u>	FUNÇÃO (A):	
MEIO DE TRANSPORTE BOMBEIRO () AMBULÂNCIA () SAMU () AUTO () MOTO () OUTROS ()	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO ANDANDO () MACA () CADEIRA DE RODAS ()	HOSPITAL () PSF () OUTROS ()
PA: <u>70132</u> HGT: <u>160</u> TEMP: <u>36,5</u> FC: <u>112</u> SATO: <u>92%</u> FR: <u>16</u> PESO: <u>55</u>		
ANTECEDENTES PESSOAIS:		
ANTECEDENTES FAMILIARES:		
USO DE MEDICAMENTOS:		
ALÉRGICO:		

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza () Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais () Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas () Dor: Local: <u>na região do tórax</u> () Queixa Urinária: <u>sem alteração</u> () Sangramento Local: <u>sem alteração</u> () Outras Queixas: <u>sem alteração</u>	() Clínico Geral () Cirurgião () Odontólogo () Serviço Social () Enfermagem () Outros: <u>neurologia</u>	☒ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul	
DESCRÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		Assinatura Enf. <u>[assinatura]</u>	

1 - QUEIXA PRINCIPAL(QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA) <u>dor no tórax, início súbito, com sensação de peso, piora com esforço físico e repouso, sem alteração de cor da pele, sem febre, sem tosse, sem dispnéia, sem sudorese, sem náusea, sem vômito, sem alteração de consciência.</u>
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <u>Infarto Agudo do Miocárdio</u>
3 - EXAMES SOLICITADOS <u>ECG, Hemograma, Perfil Lipídico, Perfil Enzimático</u>

Carimbo do Médico		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE/ AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO Veículo: () Automóvel () Ônibus () Moto () Outros Qual: <u>Ignorado</u> Fator de Proteção: () Cinto/Capacete () Qual: <u>Ignorado</u>	ACIDENTE DE TRABALHO Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros Qual: <u>Ignorado</u>	OUTRO TIPO DE ACIDENTE () Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico () Outros Qual: <u>Ignorado</u>
AGRESSÃO POR: () Arma de Fogo () Arma Branca () Espancimento () Outro Qual: <u>Ignorado</u> MODO: () Assalto () Brigas () Ação Policial () Agressão Sexual () Ignorado () Outros Qual: <u>Ignorado</u>	AUTOAGRESSÃO / SUÍCIDIO () Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda de Nível () Outros Qual: <u>Ignorado</u>	LOCAL DA OCORRÊNCIA () Via Pública () Domicílio () Escola () Ambiente de Trabalho () Outros Qual: <u>Ignorado</u>

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH		
Nº DA NOTIFICAÇÃO	SE	INVESTIGAÇÃO SIM ☐ NÃO ☐ AGRAVO: <u>31 NOV 2017</u>
EXCELSIOR SEGURO		
SEGURO DPVAT.		

DATA/HORA

DATA/HORA

A) SPIL F-092w OV

⑤ Transmittal: 1000W at 50% duty cycle

9959451

(5) - $\frac{1}{2} \text{ mole}$ K_2O

⑤ ~~at home~~ 12/20 10 or 11:00 B.H.

Adding:

Dr. Ramon Viana
CIRURGIAS
CREMEPE 19.539

Atesto Com
Documento Original
Em 21 / 09 / 2017

Maryclaire do Nascimento
Hosp. Reg. Inaco de 94
Mat. 230.566-8

6 - EVOLUÇÃO

DATA/HORA

22872011

17 Ontosec-2
Tante alveoli di alveoli subcicliodici (nause
vomica) e l'acqua in acqua e nite, et al.,
e deformidade e a l'acqua di nite, TCS.

Libri. Trans. of Bib. & Lit. Soc.

Caltebussa no leido.

Myrica maritima (J. E. Smith) T. & G. (1906).
Myrica maritima (J. E. Smith) T. & G. (1906).
Myrica maritima (J. E. Smith) T. & G. (1906).

AMSTERDAM

प्रति सं संस्कृत

12
Jean Lucilio
1910-1911

DESTINO

Para Residência: () Internado () Evasão () Ignorado () Óbito () Outros Data: ____/____/____ Hora: ____

Transferido para: _____ Senha: _____

Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento: A AIH deverá ser obrigatoriamente preenchida nos casos de:

- * Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas
- * Transferências
- * Óbitos

EXCELSIOR SEGUROS

31 NOV 2017

SECRET

Cristiane Siqueira da Silva

Apurmo para devidos fins, que a
paciente acima citada, foi vítima de
atropelamento no dia 22.08.17,
por veículo não identificado, apresentando
lesões contusas traumáticas em MIE
necessitando de correção/intervenção
cirúrgica tratativa.

De acordo com documentos/laudos
enviados, a mesma chegou ao PS com
hipotensão e desidratada.

KH

Dr. Tassio Barros
Médico
CRM-PE 24725

31.10.17



CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992



Relatório médico

Cristiane Siqueira da Silva; Idade: 33 anos.

Paciente foi vítima de acidente de trânsito por atropelamento, na BR 232 em via pública, próximo ao município de Salgueiro- PE na data 22/08/2017.

Foi levada por bombeiros ao hospital municipal do município de Salgueiro devido a lesão corto-contusa em membro inferior esquerdo, na qual recebeu assistência médica e foi encaminhada ao hospital regional para acompanhamento clínico, devido a ferimentos na região posterior do joelho esquerdo e perna esquerda. Informa grande perda de sangue no dia do acidente.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do joelho esquerdo de mais ou menos 50%, associado à dormência no pé e dor ao movimentar o joelho. Apresenta cicatriz de mais ou menos 10 centímetros em ambos os ferimentos.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

Atenciosamente

Dr. Ricardo Bruno S. S. e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Dr. Ricardo Bruno
CRM-PE: 23409

Serra Talhada, 21 de dezembro de 2018



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

080.690.464-06

Nome

CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Nascimento

28/03/1985

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV 2017

SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 ROSANA DE MENESES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR (UF)
 6820002 RJ RJ

CPF
 051.398.768-25

DATA NASCIMENTO
 29/06/1983

FRACÇÃO
 ANEXO PERRISA DA
 SILVA
 MARIA JOSE DE MENESES
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC. OUT. HAB. AS

Nº Registro
 04935894409

VALIDADE
 18/11/2019

Nº Habilitação
 06/05/2010

Observações

Assinatura do titular

Assinatura do emitente

LOCAL
 SERENA VALLEADA - PE

DATA EMISSÃO
 19/11/2016

Assinatura do emitente

47011888438
PROCT050132

DETALH - PT PERNAMBUCO

1017067334

1017067334

1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
 30 NOV 2017
 SEGURO DP-VAT.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

29 Via

Número 11701 Série 00082

Christiane Siqueira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Christiane Siqueira da Silva*
Loc. Nasc. *S. Paulo*
Filiação *Fernando* Est. *E* Data *28/03/85*
Cidade *Manoel de Araújo da Silva*
Doc. Nº *22650* P. *22650* Bv. *71*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *1* / *1* / *1* Doc. Ident. Nº *1*
Exp. em *1* / *1* / *1* Estado *1*
Obs. *1*
Data Emissão *23/09/85* SRTE *Manoel de Araújo*
Lugar de Emissão *1*
Assinatura do Funcionário *1*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome *1*
Doc. *1*
Nome *1*
Doc. *1*
Nome *1*
Doc. *1*
Est. Civil *1*
Doc. *1*
Est. Civil *1*
Doc. *1*
Nascimento *1*
Doc. *1*

EXCELSIOR SEGUROS
3-1 NOV 71



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

080.690.464-06

Nome

CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Nascimento

28/03/1985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / OUT. CATEGORIA / UF
6870802 RDS PE

CPF
051.396.744-35

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

PLACAO
ARCEPO FERRIRA DA
SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES
SILVA

PERMISSAO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04935894409

VALIDADE
18/11/2019

1ª HABILITACAO
06/05/2010

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

Observações

Assinatura do Titular

Assinatura do Detentor

LOCAL
FERRA TALHADA - PE

DATA EMISSAO
19/11/2014

Assinatura do Detentor

47011844458
28043020183

OTRAN - PETERNAMBUCO

PAISIOS PLASTIFICAR
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
31 NOV 2017
SEGURO CIVIL

Outros



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SERVIÇOS DE
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



EXCELSIOR SEGUROS
1107
SEGUROS

FC0626/38

PESO (kg)

CORREIOS

☒ MP

☐ AR

SEDEX

3,064
DV 18468715 5 BR



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.900.000

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV 2017
SEG.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM JOELHO E PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE FORÇA EM MIE E BLOQUEIO ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TTO CONSERVADOR
FEZ FISIOTERAPIA
SEQUELA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM JOELHO E PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE FORÇA EM MIE E BLOQUEIO ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TTO CONSERVADOR
FEZ FISIOTERAPIA
SEQUELA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220 **Cidade:** Salgueiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Procuração

Procuração



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

1. Outorgante Cristiane Siqueira da Silva

portador(a) do documento de identidade nº Nº 11701 Série: 0082 expedido por CTPS / PE em

23/09/2010 inscrito no CPF sob o nº 080.690.464-06 residente na

R. Do Cruzcino nº 606

complemento Cama Bairro Bonboneira cidade

Serra Talhada Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802 expedido por SDS-PE em

29 / 05 / 2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25 residente na

Rua Francisco Olavo nº 110

complemento Casa Bairro IPSEP cidade

Serra Talhada Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 01 de Novembro de 2017

Outorgante X Cristiane Siqueira da Silva

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 338311-921

Reconheço a Firma por Autenticidade de CRISTIANE
SIQUEIRA DA SILVA, Dou a Fé, Serra Talhada - PE. Em
Teste () da verdade. Reginaldo Anísio da
Silva, titular, () Maria Lucia da Sousa -
Substituta. Assol - RS 3/30 - TENC - RS 0/78 - EARC - RS

Selo: 0074972.00110201702 02401 16/11/2017 10:55:27
Consulte autenticidade em: www.tribunaonline.com.br

Reginaldo Anísio da Silva
Borgalheiro e Of. do Prolesto

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV 2017
SEG 17 20

Procuração

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

1. Outorgante Cristiane Siqueira da Silva

portador(a) do documento de identidade nº Nº 11.701 Série: 0082 expedido por CTPS / PE, em

23/09/2010 inscrito no CPF sob o nº 080.690.464-06, residente na

R. DO CRUZEIRO, nº 606

complemento Cana, Bairro Bonbonetma, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29 / 05 / 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

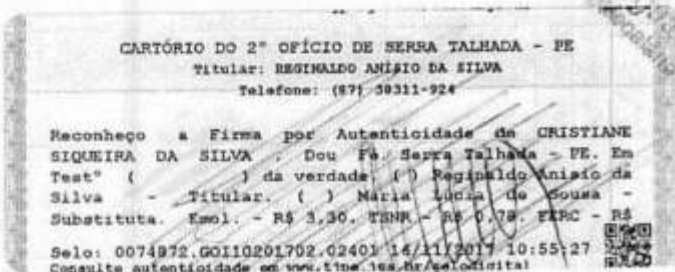
Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO,

Serra Talhada, 01 de Novembro de 2017.

Outorgante X

Cristiane Siqueira da Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362075/18

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

CPF: 080.690.464-06

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA : 080.690.464-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170644191**

Vitima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2017**

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 3170644191**.

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 12078529



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3170644191**
Vitima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2017**
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 3170644191**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12078698



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170644191**
Vitima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170644191**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12938356



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180461220**

Vitima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180461220**.

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 13448750



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180461220**
Vitima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2017**
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 3180461220**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

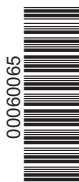
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13478222



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180461220

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000060919-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: 080.690.464 - 06 CPF da vítima: 080.690.464 - 06 Nome completo da vítima: Cristiane Siqueira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Cristiane Siqueira da Silva CPF titular da conta: 080.690.464-06 Profissão: agricultora
Endereço: IV DO CRUZEIRO Número: 606 Complemento: Carra
Bairro: Bonbonema Cidade: Senna Talhada Estado: PE CEP: 56900-000
Email: Telefone (DDD): 8719834-4907

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 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 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. D/V CONTA NRO. 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.

Senna Talhada 17 de novembro de 2017

Local e Data

X Cristiane Siqueira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 31701644191 CPF da Vítima: 080.690.464-06 Nome completo da vítima: Crustiane Siqueira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Crustiane Siqueira da Silva CPF titular da conta: 080.690.464-06 Profissão: Aquidutora
Endereço: Av. do Cruzeiro Número: 606 Complemento: Casa
Bairro: Barro Preto Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56900-000
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

☒ 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.: 0914 D/V: 60919 D/V: 7
(Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO.: _____ D/V: _____ CONTA NRO.: _____ D/V: _____
(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. Talhada 28 de Setembro de 2013
Local e Data

Donora de H. S. Gualberto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 193ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALGUEIRO -
DP193ªCIRC DINTER2/23ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0283004045**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2017** às
13:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **22/8/2017** às **21:60**

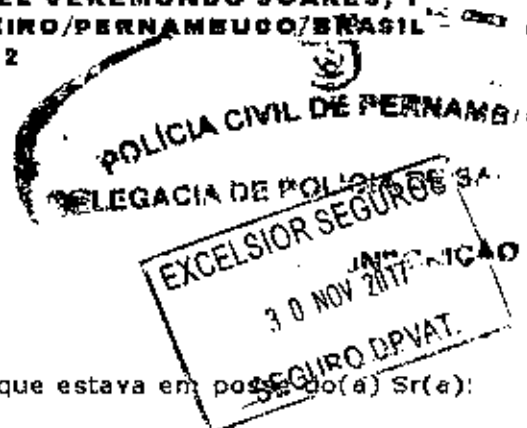
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CORONEL VEREMUNDO SOARES, 1**
Bairro: **AUGUSTO DE A. SAMPAIO - SALGUEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Ponto de Referência: **POSTO URBANO, BR 232**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

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

CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDNA MARIA FREIRE DE SIQUEIRA Pai: FERNANDO MARCELINO DA SILVA Data de Nascimento: 28/3/1986 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9102710/SDS/PE (RG), 08060048400 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 988265583

Residencial: **TRAVESSA DO CRUZEIRO, BORBOREMA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 606 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Modelo/Cor: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Cor: NÃO**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

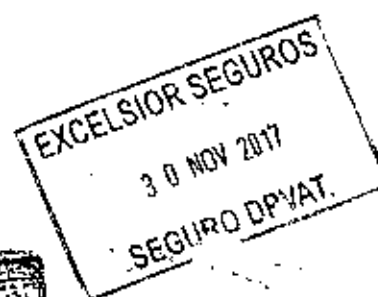
Complemento / Observação

A SENHORA CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA COMPARECEU NESTA DELEGACIA INFORMANDO SOB FORMAS E PENAS DA LEI QUE NA NOITE DO DIA 22/08/2017, NA AVENIDA CEL. VEREMUNDO SOARES, PLANALTO, NESTA CIDADE, BR 232, ESTAVA ATRAVESSANDO A RODOVIA A PÉ, QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO. CAIU NO CHÃO DESACORDADA. FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIRO DO 8 08/1 98 SALGUEIRO CONFORME CERTIDAO NUMERO 006/2017, PARA O HOSPITAL REGIONAL DE SALGUEIRO SENDO ATENDIDA PELO MEDICO RAMON VIANA CREMEPE 19638. ANTE O EXPOSTO VEIO COMUNICAR PARA SALVAGUARDAR SEUS DIREITOS.

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

Cristiane Siqueira da Silva
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA
(VITIMA)

Helder Carlos Ferreira Soares de Menezes
B.O. registrado por: HELDEN CARLOS FERREIRA SOARES DE MENEZES -
Matrícula: 221000-6




POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SALGUEIRO

193ª CIRC. INSCRICAO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 193ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALGUEIRO -
DP193ªCIRC DINTER2/23ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0283004045**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2017** às
13:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **22/8/2017** às **21:50**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CORONEL VEREMUNDO SOARES, 1**
Bairro: **AUGUSTO DE A. SAMPAIO - SALGUEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Ponto de Referência: **POSTO URBANO, BR 232**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

**CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDNA
MARIA FREIRE DE SIQUEIRA Pai: FERNANDO MARCELINO DA SILVA Data de Nascimento:
28/3/1986 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
9102719/SDS/PE (RG), 08069046406 (CPF) Estado Civil: ANASIAADO(A) Escolaridade: 1º.
GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 998205533**

Residência: **TRAVESSA DO CRUZEIRO, BOBOREMA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 600 - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Modelo/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

EXCELSIOR SEGUROS

31 NOV 2017

SEGURO PRIVAT.

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/23 DESEC 01/infpol/xml/BOCPrev test

Complemento / Observação

A SENHORA CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA COMPARECEU NESTA DELEGACIA INFORMANDO SOB FORMAS E PENAS DA LEI QUE NA NOITE DO DIA 22/08/2017, NA AVENIDA CEL. VEREMUNDO SOARES, PLANALTO, NESTA CIDADE, BR 232, ESTAVA ATRAVESSANDO A RODOVIA A PÉ, QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO. CAIU NO CHÃO DESACORDADA. FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIRO DO 5 GB/1 5B SALGUEIRO CONFORME CERTIDAO NUMERO 006/2017, PARA O HOSPITAL REGIONAL DE SALGUEIRO SENDO ATENDIDA PELO MEDICO RAMON VIANA CREMEPE 19639. ANTE O EXPOSTO VEIO COMUNICAR PARA SALVAGUARDAR SEUS DIREITOS.

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

Cristiane Siqueira da Silva
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA
(VITIMA)

Helder Carlos Ferreira Soares de Menezes
B.O. registrado por: HELDER CARLOS FERREIRA SOARES DE MENEZES -
Matricula: 221000-6



EXCELSIOR SEGUROS

31 NOV 2017

SEGURO DPVAT.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221706 (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

Christiane Siqueira da Silva

CPF da Vítima

080.690.464-06

Data do Acidente

22/08/2017

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:

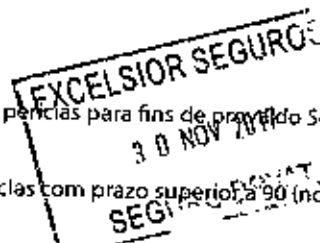
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de pedido 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.



Senna rebolada 17 de novembro de 2017

Local e Data

Christiane Siqueira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima 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

Cristiane Siqueira da Silva

CPF da Vítima

080.690.464-00

Data do Acidente

22/08/2017

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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sena Galvão 17 de novembro de 2017

Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS

31 NOV 2017

SEGURO DPVAT

Cristiane Siqueira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
Dinter/2 - 5º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS
GRUPAMENTO GOVERNADOR CARLOS WILSON

Comprovação de ato declaratório



Ho 26/09/2017 NISTO:
Conte. do 5ºGB

CERTIDÃO Nº 096/2017 - 5ºGB/1ª SB

José Ernaldo Honorato Leite
Cap QOC/BM Mat. 707441-7

Certificamos, para os devidos fins que no dia 22 de agosto de 2017, às 21h48min, este Grupamento de Bombeiros foi acionado, para atender a uma ocorrência de atropelamento, na BR 232, Planalto, Salgueiro-PE.

Quando a equipe de bombeiros chegou ao local do acidente, encontrou 01(uma) vítima, a Sra. CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA, 32 anos, não portava documentos. ela sofreu ferimentos no membro inferior esquerdo(MIE). O veículo envolvido não foi identificado.

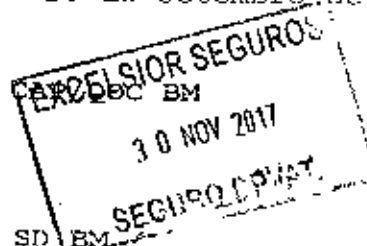
Foi realizado o procedimento operacional padrão pela guarnição de serviço e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional do Salgueiro, ficando aos cuidados do Dr. Ramonn Viana, portador do CRM 19539.

A presente certidão segue assinada pelo Comandante do Grupamento, pelo Comandante da 1ªSB/5ºGB, e por mim, responsável pelo preenchimento.

Salgueiro-PE, em 26 de setembro de 2017.

ABIMAEZ MATIAS DE SOUZA JÚNIOR -
Comandante da 1ªSB/5ºGB

JANAYRA MARIA BARROS ARAUJO - SD
Responsável pelo preenchimento





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
Dinter/2 - 5º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS
GRUPAMENTO GOVERNADOR CARLOS WILSON

VISTO:
Cnte. do 5ºGB

CERTIDÃO Nº 096/2017 - 5ºGB/1º SB

Certificamos, para os devidos fins que no dia 22 de agosto de 2017, às 21h48min, este Grupamento de Bombeiros foi acionado, para atender a uma ocorrência de atropelamento, na BR 232, Planalto, Salgueiro-PE.

Quando a equipe de bombeiros chegou ao local do acidente, encontrou 01(uma) vítima, a Sra. CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA, 32 anos, não portava documentos, ela sofreu ferimentos no membro inferior esquerdo(MIE). O veículo envolvido não foi identificado.

Foi realizado o procedimento operacional padrão pela guarnição de serviço e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Salgueiro, ficando aos cuidados do Dr. Ramonn Viana, portador do CRM 19539.

A presente certidão segue assinada pelo Comandante do Grupamento, pelo Comandante da 1ªSB/5ºGB, e por mim, responsável pelo preenchimento.

Salgueiro-PE, em 26 de setembro de 2017.

ABINAIL MATEUS DE SOUZA JÚNIOR - CAP/QOC BM
Comandante da 1ªSB/5ºGB

JANAYRA MARY CARLOS ARAUJO - SD BM
Responsável pelo preenchimento

