

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AGÊNCIA NACIONAL DE TRÂNSITO - ANE

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1482661245

GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF / DATA NASCIMENTO
008.475.324-29 09/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO / ACC / CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO / VALIDADE / 1ª HABILITAÇÃO
02136855400 30/06/2022 18/12/2001

OBSERVAÇÕES
HAB
CMV

EXCELSIOR SEGURO.

18 SET 2018

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: SERRA TALHADA, PE
24/07/2017
Charles Andrade Souza Melo
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
PERNAMBUCO
23810552566
PE079966266

PROIBIDO FAZER FOTOCOPIA

1482661245

SEGURADO DPVAT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETAN - PE Nº 013935537513
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 476540771 ***** 2018

NOME
SILVANA MARIA DE LIMA

ITAPETIM-PE

CPF / CNPJ 029.945.844-09	PLACA EGH1997
PLACA ANT / UF ***** / PE	CHASSI 902KC1670CR550927

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLESTA	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL.
-----------------------------------	----------------------------

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI	ANO FAB. 2012	ANO MOD. 2012
--	------------------	------------------

CAP / POT / CIL 2P/149CL	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE CINZA
-----------------------------	---------------------	---------------------------

I COTA UNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC. COTA UNICA 1*	VENC. / COTAS *****
P FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO / DOTAS *****	2* ***** 3*

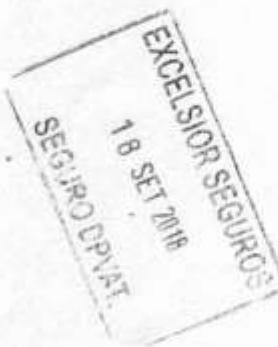
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
------------------------	-----------	--------------------	-------------------

SEGURÓ PAGO **RO OBRIGATÓRIO**

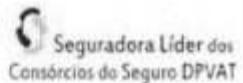
OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA
SEGURÓ DE FONTE OBRIGATÓRIO
NAO VÁLIDO PARA TRANSFÉRENCIA

ITAPETIM <i>Charles Andrews Sousa Ribeiro</i>	DATA 04/03/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETAN/PE	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA

CPF: 029.945.844-09

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2018

CPF de: Próprio Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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

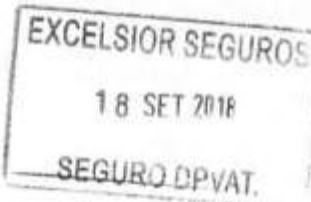
Data da entrega: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR 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 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 PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR
médico pericial:

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

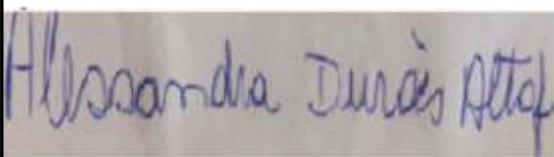
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR
médico pericial:

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

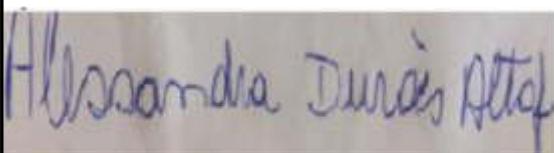
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SILVANA MARIA DE LIMA brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AGR. CULTOR. portador(a) do RG 5380808 órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 029.945.844-09, residente no(a) MANOEL ZUCA
nº 11, bairro: PAULO VÍK, município: ITAPETIM /PE.

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: VIGILANTE, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 008.475.324.29, residente no(a) ANTONIO TÔMÉ DE SOUZA
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TAIADA /PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima SILVANA MARIA DE LIMA.

Local e Data: ITAPETIM - 03/07/2018



Silvana Maria de Lima

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS REGISTROS E PROTESTOS
Titular: MARIA ANGELITA COSTA
Telefone: (87) 38531-145

Reconheço a firma por autenticidade da SILVANA MARIA
DE LIMA. Itapetim - PE. Valor do ato R\$ 4,66, assim
divididos: Encolumentos: R\$ 3,49; TSNR R\$ 0,78 e FERC
R\$ 0,39. Maria Angelita Costa - Oficiala. Bel*. Cássia
M* G. Zumba Costa Cavalcanti - Substituta.

Selo: 0076935.VXY04201801.01885 03/07/2018 16:00:26
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

EXCELSIOR SEGUROS

18 SET 2018

SEGURADORA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR
médico pericial:

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

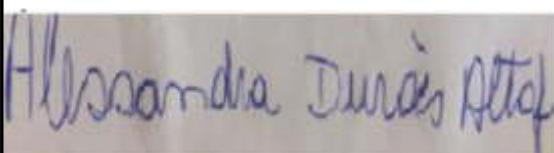
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Karla Suely' followed by 'Malhaes de Souza'.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR
médico pericial:

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

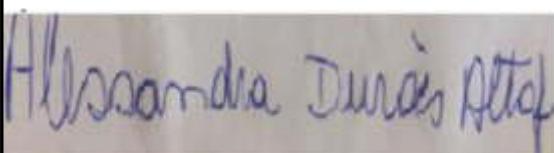
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR 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

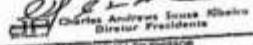
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 AUTORIDADE NACIONAL DE TRÂNSITO - ANE

GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF	5840550 SSP PE	P E
CPF	DATA NASCIMENTO	
008.475.324-29	03/05/1978	
FILIAÇÃO		
GILBERTO CARLOS DE LIMA		
A MARIA DE LOURDES MELO		
DE LIMA		
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.
		AB
Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO
02136855400	30/06/2022	18/12/2001
OBSERVAÇÕES		
HAB CMV		

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR
 LOCAL: **SERRA TALHADA, PE** DATA EMISSÃO: **24/07/2017**

 Charles Andrade Souza Melo
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
PERNAMBUCO

 23810552566
 PE079966266

EXCELSIOR SEGURO.
18 SET 2018
SEGURADO PVAT.

VÁLIDA EM TUDO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245
PERMITIDO O USO FOTOGRÁFICO
1482661245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETAN - PE Nº 013935537513
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 476540771 ***** 2018

NOME
SILVANA MARIA DE LIMA

ITAPETIM-PE

CPF / CNPJ
029.945.844-09 PLACA
EGH1997
PLACA ANT / UF
*****/PE CHASSI
902KC1670CR550927

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL.

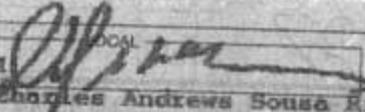
MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB
2012 ANO MOD.
2012

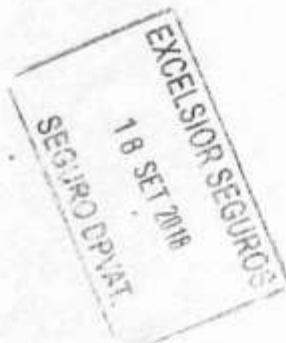
CAP / POT / CIL
2P/149CL CATEGORIA
PARTIC COR PREDOMINANTE
CINZA

I P V A	COTA UNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC. COTA UNICA 1* *****	VENC / COTAS 1* *****
	FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO / COTAS *****	2* ***** 3* *****

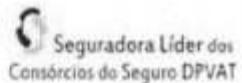
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURÓ PAGO **RO OBRIGATÓRIO**

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA
SÓ PODE DESENTRAR OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ITAPETIM  DATA
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETAN/PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA

CPF: 029.945.844-09

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2018

CPF de: Próprio Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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

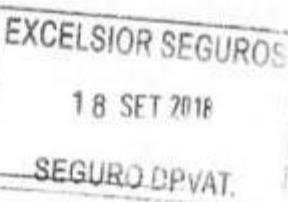
Data da entrega: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA





CTO
Clinica de Trauma
e Ortopedia

0341829118

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Valth Guimarães
RM - PB 6326 / TEOT 15.090
Cirurgia do Joelho

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril
e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
de ondas de choque

Silva - Mar. de
Zim.
Paulo v.t.m. de
trau- a pello e jo^z
c/ losai ligado cruzado
e patela CID: M23.5
operada permanece cr

NOME: FABIO
GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 5429
END: DR. CHATEAUBRIAND,
206 - SÃO JOSÉ - 3341-2560
PADE: CAMPINA GRANDE - PB

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - 3341.2566 / 3341.2560
CEP: 58400-396 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)



autose MSS. 4 e deficit de
ADM e incapacidade funci.
ond em MJE de 40%
par at. cidades da MS.

09
10
0011

~~IC~~
NAME: FABIO
GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 5429
END: DR. CHATEAUBRIAND,
206 - SAO JOSE - 3341-2530
- PB CAIXA DE GRANDE Nº: 01



EXCELSIOR SEGURO
18 SET 2018
SEGURÓ CPVAT

Hospital João XXIII (SAS)

Data:21/07/2018

Paciente :Silvana Maria de lima

Convenio: Particular

Cirurgião: FABIO GONDIM

Auxiliar :

Segundo :

Anestesista: raoni

Instrumentadora: Waleska

Circulante: orcelia

Diagnóstico: Ruptura do Ica aguda

Cirurgia: Artroscopia do joelho p Ica

Acidentes durante a cirurgia:

Descrição cirúrgica:

1 Decubito dorsal sob raquianestesia

2 Instalação de infusor com fluxometro e utilizado soro fisiológico 10 litros

3assepseja e antissepseja e aposição de campos estéreis

4 Abertura dos portais artroscópicos

5 Retirada tendões semitendíneo e gracilis para transposição por incisão em perna

6 feito sinovectomia

7 Utilizado cureta para desbridamento

8. Túneis ósseos em fêmur e tíbia

9. Subida do enxerto e fixado no fêmur e tíbia com ancora femoral 20

10 suture com nylon

11 curativo.

Fábio Gondim Negomuceno

CRM - 5429

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'EXCELSIOR SEGUROS' is at the top, '18 SET 2018' is in the center, and 'SEGURO D.P.I.A.T.' is at the bottom.



Nome: SILVANA MARIA DE LIMA

Prontuário. 71852

Idade: 42 Anos

Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 30/05/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

METODOLOGIA: foram realizados cortes multiplanares, em sequências TSE/GE, T1, T2, STIR, sem a infusão do meio de contraste EV.

ACHADOS:

1. Moderado derrame articular, acumulando-se principalmente na bursa suprapatelar e no recesso posterior intercondilar, acompanhado de espessamento sinovial difuso e múltiplos debríss, sugestivo de hemartrose e/ou sinovite.
2. Sinais de rotura completa do ligamento cruzado anterior.
3. Espessamento e alteração de sinal do ligamento colateral medial e ligamento patelar sem alterações, indicativo de estiramento.
4. Não encontramos alterações significativas no ligamento cruzado posterior e ligamento colateral lateral.
5. O menisco medial tem rotura horizontal oblíqua no corno posterior que toca sua superfície articular tibial, próximo ao ápice. O menisco lateral tem alteração de sinal intrasubstancial, sem contato franco com superfícies articulares.
6. Afilamento e erosões cartilaginosas do revestimento fêmoro-tibial lateral e, notadamente, medial, associada a pequenos osteófitos marginais e extrusão meniscal parcial o que indica processo degenerativo.
7. Também na articulação patelo-femoral, notamos osteófitos marginais pequenos, com focos de condropatia grau 3, sendo um na faceta lateral da patela (0,9cm) e outro na faceta medial (0,6cm) e outro acometendo ângulo da tróclea e principalmente faceta medial (1,2cm).
8. Tendões regionais de espessura e sinal preservados.
9. Planos musculares examinados integros.
10. Foco de edema ósseo na margem posterior de ambos os côndilos tibiais, inespecífico.

Exame documentado em 05 películas


Dr. Severino Aires de Araújo Neto - CRM-PB 4948
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Doutorado pela FCM - UNICAMP
Professor de Radiologia do Curso de Medicina da UFPB

Digitador 5

NOME: SILVANA MARIA DE LIMA

Idade: 41 ANOS

Data Exame: 19/01/18

**Médico (A) Solicitante: DR. ANTONIO GOMES DA C. SEGUNDO
AREA VERMELHA**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL

Vesícula Biliar de topografia usual, de paredes lisas e finas, sem evidencia de imagens ecogênicas em seu interior.

Hepato-coledoco de calibre normal.

Figado de textura e dimensões normais, superfície regular, parênquima homogêneo, sem sinais de processo inflamatório. Não há dilatação de canais biliares intra-hepáticos. Vasos portais e veias hepáticas de calibre normal.

Pâncreas de topografia, dimensões e ecotextura habituais. Wirsung sem dilatação.

Baço de morfologia, dimensões e ecotextura habituais.

Rins tópicos, de forma e contornos regulares, apresentando dimensões e textura acústica normais, e diferenciação cortico-medular preservada. Não há dilatação do sistema pielocalcial

Bexiga com repleção hídrica, de paredes regulares, sem evidencia de imagem ecogênica em seu interior.

Ausência de coleções líquida intra-abdominais.

CONCLUSÃO

Órgãos e estruturas estudados ecograficamente normais.

Obs.: Exame sem imagens em anexo, pois está faltando filme de impressão no serviço.





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Regional "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Silvana Maria</i>		DATA NASC.:	RG:
ENDERÉCOS:		BAIRRO:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:		NOME DA MÃE:	
EXAME(S) SOLICITADO(S)	CÓDIGO	EXAME(S) SOLICITADO(S)	CÓDIGO
<i>Urb Adley RAS</i>			
PROFIS. SOLICITANTE:	UNID. SOLICITANTE:	Nº CARTÃO SUS	
<i>CRM 4001</i>	CNES:		
DATA	AUTORIZAÇÃO DATA		
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:	UNID. PRESTADORA	CÓDIGO:	
DATA:	HORA:	ENDERECO:	
MÉDICO:	SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR		ASSINATURA DO USUÁRIO	
POLEGAR DIREITO (ANALFABETO)			

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'EXCELSIOR SEGUROS' is at the top, 'SEGURO DE PLATINUM' is in the center, and the date '18 SET 2010' is at the bottom.

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 falsa 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324-29 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA MARIA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.844-09, do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima SILVANA MARIA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.844-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
RECUSO INFORMAR

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	Cidade	Número	Complemento
<u>ANTÔNIO FONSECA DE SOUZA</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>573</u>	<u>CASA</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>SÃO ENISTORVÃO</u>		<u>PE</u>	<u>56.903.220</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
		<u>87.48878-5033</u>	<u>87.4.9998-5477</u>

SERRA TALHADA PE 10 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

George Carlos Melo Lima

EXCELSIOR SEGUROS
 18 SET 2018
 SEGURO DPVAT

CONFERE COM
O ORIGINAL

retaria de Defesa Social - INFOPOL

<http://100.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.asp?IDU...>

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT.



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ITAPETIM

170º CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 170º CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM -
DP170ºCIRC DINTER2/20ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0260000035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/01/2018 às
21:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 19/1/2018 às 07:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJINHO, 881, PE 278 - Bairro:
CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
SILVANA MARIA DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s)
Sr(a): SILVANA MARIA DE LIMA

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

SILVANA MARIA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino M.º MARIA
DO SOCORRO DE LIMA P.º RAIMUNDO INACIO DE LIMA Data de Nascimento: 22/4/1876
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: TÉCNICO DE
ENFERMAGEM
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 881, CIRIÚ RECANTO - CEP: 56880-000 -
Bairro: CENTRO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): SILVANA MARIA DE LIMA, que
estava em posse do(s) Sr(a): SILVANA MARIA DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGH1897 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC1676CR558627
 Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

Complemento / Observação

EQUIPE DA POLICIA MILITAR CONDUZIU A ESTA DELEGACIA OCORRENCIA EM QUE SILVANA FORA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO; QUE O FATO OCORREU NA CIDADE DE BREJINHO, NA PE 275, QUANDO SILVANA PILOTAVA A MOTOCICLETA ACIMA REFERIDA; QUE A VITIMA VEIO A COLIDIR A MOTOCICLETA COM UM ANIMAL, AINDA NAO IDENTIFICADO, E QUE FORA SOCORRIDA POR POPULARES PARA HOSPITAL DE BREJINHO; QUE A VITIMA AINDA FORA ENCAMINHADA PARA A CIDADE DE PATOS; E O FATO.

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

Condutor da ocorrência:

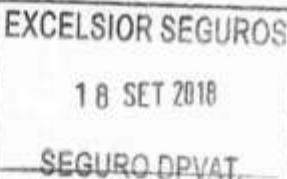
Nome: RICARDO

Cargo: SOLDADO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 113662-8 - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: 23, BATALHÃO DE POLICIA MILITAR

B.O. registrado por: JOSE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 326136-8



CONFERE COM
O ORIGINAL



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

SILVANA MARIA DE LIMA

CPF da Vítima

039.945.844-09

Data do Acidente

19-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

89.9999-5477

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.

ITAPETIM-PE, 10 de Agosto de 2018

Lugar e Data

Silvana maria de lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

029.945.844-09

Nome completo da vítima

SILVANA MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	SILVANA MARIA DE LIMA	CPF titular da conta	029.945.84409	Profissão	AGRICULTOR	
Endereço	MANOEL ZUCA	Número	54	Complemento	CASA	
Bairro	PAULO VI	Cidade	ITAPETIM	Estado	PE	
Email					CEP	56.720-000
				Telefone (DDD)		9.9998-1477

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

Nº

AGÊNCIA
Nº:

6045	D/V	CONTA Nº:	200132	D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)			

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	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.

ITAPETIM PE 50 de AGOSTO de 2018

Local e Data

18 SET 2018
SEGURADOR
SEGUROS

Silvana Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

029.945.844-09

Nome completo da vítima

SILVANA MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	SILVANA MARIA DE LIMA	CPF titular da conta	029.945.84409	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	MANOEL ZUCA	Número	54	Complemento	CASA
Bairro	PAULO VI	Cidade	ITAPETIM	Estado	PE
Email				CEP	56.720-000
				Telefone (DDD)	9.9998-1477

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NEP
AGÊNCIA	CONTA	D/V
Nº	Nº	
6045	200132	3
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA	CONTA	D/V
Nº	Nº	
(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.

ITAPETIM PE 50 de AGOSTO de 2018

Local e Data

18 SET 2018
 SEGURO DPVAT
 ESIOR SEGUROS

Silvana Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Sinistro: **3180434157**
Vítima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180434157** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: SILVANA MARIA DE LIMA
Nº Sinistro: 3180434157
Vitima: SILVANA MARIA DE LIMA
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434157**, 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



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: SILVANA MARIA DE LIMA
Nº Sinistro: 3180434157
Vitima: SILVANA MARIA DE LIMA
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434157**.

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA MARIA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06045-3

CONTA: 00000200137-3

Nr. Autenticação

BRADESCO05112018050000000002370604500000200137168750 PAGO

**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: 3180434157

Nome do(a) Examinado(a): SILVANA MARIA DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MANOEL ZUCA, 14 - Itapetim/PE - CEP 56720-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 5380808 - SDS

Data e Local do Acidente : 19/01/2018

Data e Local do Exame : 26/10/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

trauma do joelho com instabilidade posterior importante ESQUERDO
lesao do LCA

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

RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
LIMITAÇÃO DE FLEXAO
MARCHA COM CLAUDICAÇÃO
OUTUBRO 2018

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

LIMITAÇÃO DE FLEXAO JOELHO ESQUERDO
ATROFIA MUSCULAR

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

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

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

LIMITAÇÃO DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO
DOR ARTICULAR, ATROFIA

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.

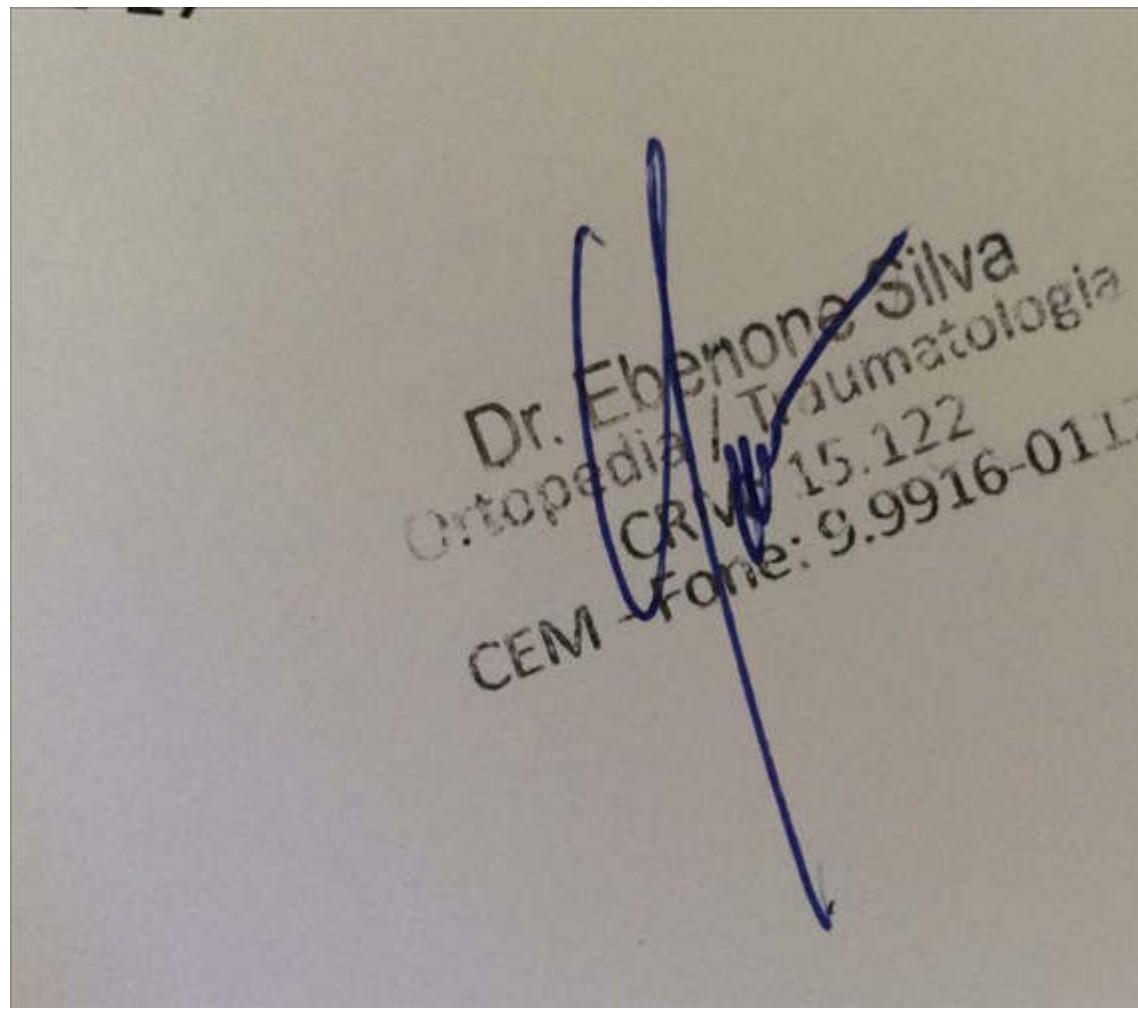
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

- 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 ás regiões corporais acometidas.

- | | |
|---|--|
| Região Corporal | Região Corporal |
| JOELHO ESQUERDO | _____ |
| % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve | % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve |
| <input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal | Região Corporal |
| _____ | _____ |
| % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve | % do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve |
| <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |

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



EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA

CPF: 029.945.844-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2018

Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Número do Sinistro: 3180434157

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA

CPF: 029.945.844-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2018

Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 16/10/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SILVANA MARIA DE LIMA brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AGR. CULTOR. portador(a) do RG 5380808 órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 029.945.844-09, residente no(a) MANOEL ZUCA
nº 11, bairro: PAULO VI, município: ITAPETIM PE.

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: VIGILANTE, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 008.475.324.29, residente no(a) ANTONIO TOME DE SOUZA
nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TAIADA PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima SILVANA MARIA DE LIMA.

Local e Data: ITAPETIM - 03/07/2018



Silvana Maria de Lima

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS REGISTROS E PROTESTOS
Titular: MARIA ANGELITA COSTA
Telefone: (87) 38531-145

Reconheço a firma por autenticidade da SILVANA MARIA
DE LIMA. Itapetim - PE. Valor do ato R\$ 4,66, assim
divididos: Encolumentos: R\$ 3,49; TSNR R\$ 0,78 e FERC
R\$ 0,39. Maria Angelita Costa - Oficiala. Bel*. Cássia
M* G. Zumba Costa Cavalcanti - Substituta.

Selo: 0076935.VXY04201801.01885 03/07/2018 16:00:26
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

EXCELSIOR SEGUROS

18 SET 2018

SEGURULHVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA

CPF: 029.945.844-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2018

Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Número do Sinistro: 3180434157

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA

CPF: 029.945.844-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2018

Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 16/10/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR
médico pericial:

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

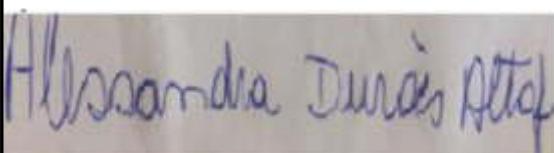
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR 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 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 PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR
médico pericial:

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

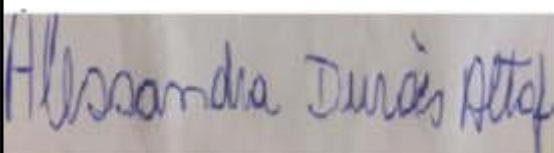
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Karla Suely' followed by 'Malhaes de Souza'.

**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: 3180434157

Nome do(a) Examinado(a): SILVANA MARIA DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MANOEL ZUCA, 14 - Itapetim/PE - CEP 56720-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 5380808 - SDS

Data e Local do Acidente : 19/01/2018

Data e Local do Exame : 26/10/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

trauma do joelho com instabilidade posterior importante ESQUERDO
lesao do LCA

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

RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
LIMITAÇÃO DE FLEXAO
MARCHA COM CLAUDICAÇÃO
OUTUBRO 2018

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

LIMITAÇÃO DE FLEXAO JOELHO ESQUERDO
ATROFIA MUSCULAR

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

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

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

LIMITAÇÃO DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO
DOR ARTICULAR, ATROFIA

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

JOELHO ESQUERDO

% 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

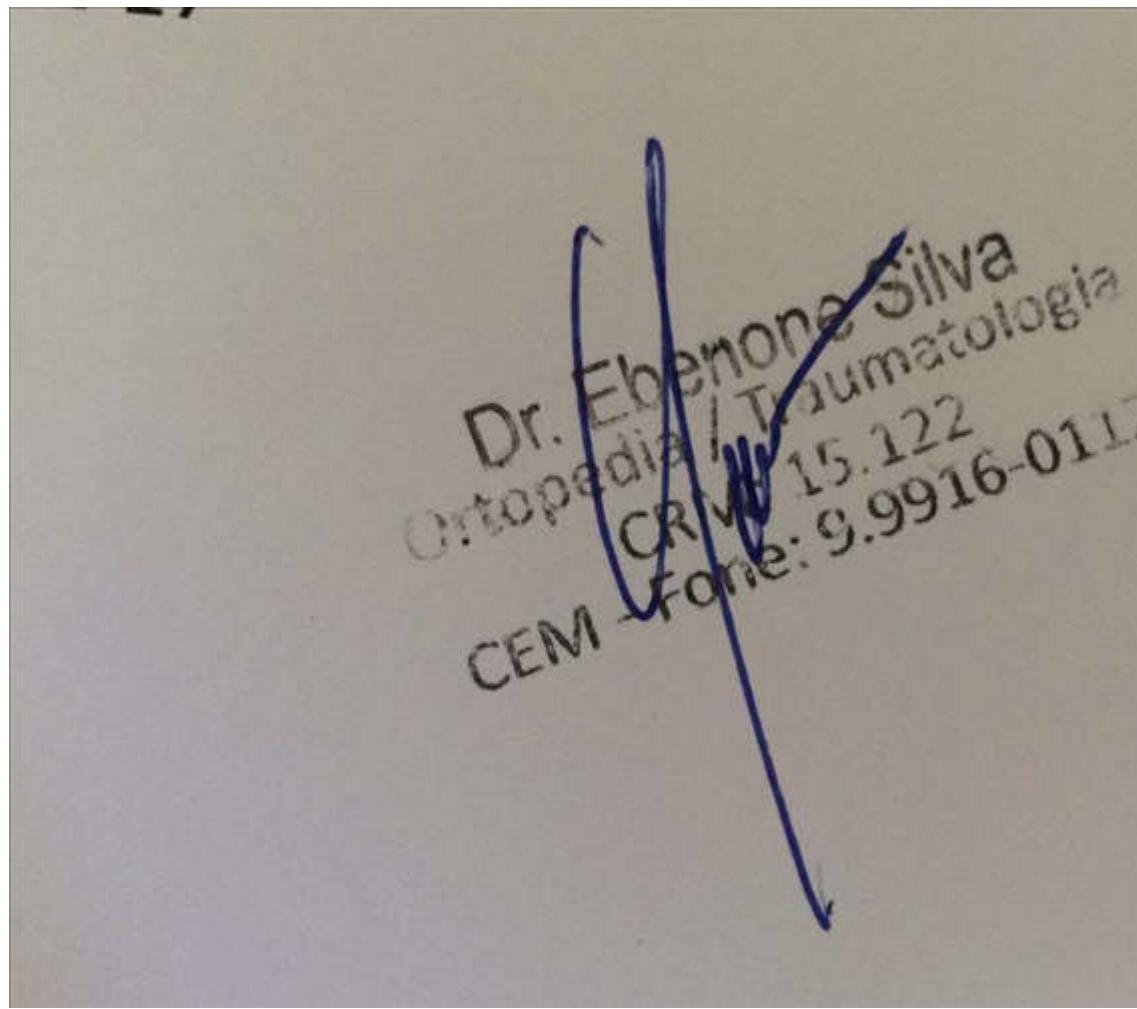
Região Corporal

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

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.



EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: SILVANA MARIA DE LIMA
Nº Sinistro: 3180434157
Vitima: SILVANA MARIA DE LIMA
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434157**.

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

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: SILVANA MARIA DE LIMA
Nº Sinistro: 3180434157
Vitima: SILVANA MARIA DE LIMA
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434157**, 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



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Sinistro: **3180434157**
Vítima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180434157** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

CONFERE COM
O ORIGINAL

retaria de Defesa Social - INFOPOL

<http://100.238.83.36/permambuco/VisualizaBO.asp?IDU...>

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT.



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ITAPETIM

170º CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 170º CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM -
DP170ºCIRC DINTER2/20ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0260000035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/01/2018 às
21:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 19/1/2018 às 07:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJINHO, 881, PE 278 - Bairro:
CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
SILVANA MARIA DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s)
Sr(a): SILVANA MARIA DE LIMA

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

SILVANA MARIA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino M^o MARIA
DO SOCORRO DE LIMA Pai: RAIMUNDO INACIO DE LIMA Data de Nascimento: 22/4/1876
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: TÉCNICO DE
ENFERMAGEM
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 881, CINTI REGANTO - CEP: 56000-000 -
Bairro: CENTRO - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): SILVANA MARIA DE LIMA, que
estava em posse do(s) Sr(a): SILVANA MARIA DE LIMA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Pisca: PGH1897 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2K01676CR558627
 Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

Complemento / Observação:

EQUIPE DA POLICIA MILITAR CONDUZIU A ESTA DELEGACIA OCORRENCIA EM QUE SILVANA FORA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO; QUE O FATO OCORREU NA CIDADE DE BREJINHO, NA PE 275, QUANDO SILVANA PILOTAVA A MOTOCICLETA ACIMA REFERIDA; QUE A VITIMA VEIO A COLIDIR A MOTOCICLETA COM UM ANIMAL, AINDA NAO IDENTIFICADO, E QUE FORA SOCORRIDA POR POPULARES PARA HOSPITAL DE BREJINHO; QUE A VITIMA AINDA FORA ENCAMINHADA PARA A CIDADE DE PATOS; E O FATO.

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

Condutor da ocorrência:

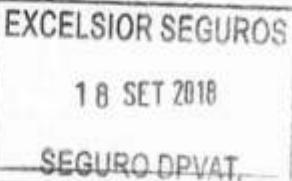
Nome: RICARDO

Cargo: SOLDADO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 113662-8 - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: 23, BATALHÃO DE POLICIA MILITAR

B.O. registrado por: JOSE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 326136-8



CONFERE COM
O ORIGINAL



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

SILVANA MARIA DE LIMA

CPF da Vítima

039.945.844-09

Data do Acidente

19-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>87.9.9998-5477</i>

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.

ITAPETIM-PE, 10 de Agosto de 2018

Lugar e Data

Silvana maria de lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA MARIA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06045-3

CONTA: 00000200137-3

Nr. Autenticação

BRADESCO05112018050000000002370604500000200137168750 PAGO



DADOS DO CLIENTE

SILVA DA MARIA DE LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ESPERANÇA ZUCA 14

CPF: 029 945 844-09

PAULO VI/TAPETIM
TAPETIM PE
56720-000CLASSE DE
CONSUMO:
RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MonofásicoTIPO DE MEDIDOR:
012775812 - UNICA - 13/04/2018CONSUMO: 4004763374 DATA: 04/2018
DATA DE VENCIMENTO: 20/04/2018 DATA DE PAGAMENTO: 15/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 17,12

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)
Contribuição Iluminação Pública
Multa por atraso-NF 00888103034 - 13/03/18
Multa por atraso-NF 0050588625 - 09/02/18
Juros por atraso-NF 0050588625 - 09/02/18
Juros por atraso-NF 00888103034 - 13/03/18
Atualização ICPM-NF 0050588625 - 09/02/18
Atualização ICPM-NF 00888103034 - 13/03/18

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

TOTAL DA FATURA

17,12

DETALHAMENTO DO CONSUMO DA ESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FAT	DATA ANTERIOR 13/03/2018	LEITURA 4763300	DATA ATUAL 13/04/2018	LEITURA 4763374	Nº DE DIAS 31	CONSTANTE 1.00000	AJUSTE	CONSUMO (WHS)
012775812	UNICA								17,00

DETALHAMENTO DE DESCONTO		DETALHAMENTO DE DISTRIBUIDOR		DETALHAMENTO DE FONTE	
ABR18	30			BASE DE CÁLCULO	%
MAR18	30				
FEV18	30			ICMS	14,84
JAN18	30			PIS	0,52
DEZ17	30			COPINS	14,84
NOV17	30				0,07
OUT17	30				0,26
SET17	41				
AGO17	42				
SET17	42				
JUN17	32				
MAR17	32				
ABR17	32				

Faturado pelo período de fatura
- Custo de Distribuidora
- Abg 18, Recuperação ICPM
- 01/04/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data de fatura o cliente não é mais cliente da Celpe. Para mais informações, entre em contato com a Celpe ou com a concessionária que atende a sua localização, continuando a utilizar os serviços de fornecimento. Fazendo assim, o cliente não mais é cliente da Celpe. O número 19 8181 10 438622 é atendido no momento da sua fatura, no endereço: Av. 8 de Setembro, 2.110, Bairro: PE, Cidade: PE, CEP: 50000-000. O cliente deve pagar a fatura de fornecimento de energia elétrica para o seu novo fornecedor. O cliente deve pagar a fatura de fornecimento, inclusive o valor da taxa de energia elétrica, após 7 dias do faturamento, posteriormente ao vencimento da data de despesabilidade da Celpe em que ocorrer a suspenção.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUEM CONTA EM ABERTO.

Caso o cliente não pague a fatura de energia elétrica, a Celpe poderá suspender o fornecimento.

Em caso de não pagamento da fatura, a fatura poderá ser encaminhada ao Dnit e à Fazenda, com as respectivas penalidades. Este comunicado não se aplica a clientes que aderiram ao sistema de cobrança de débitos em descontos de contas que possam ser informados nela ou no ato da cobrança.

As cobranças geradas de
fornecimento residencial, abr.
ATACADO, terceiro de classe,
serviços prestados e cobrados no
escritório de distribuição, para
atendimento ao cliente, podem ser
obtidos no site: www.celpe.com.br

QUANTIA E FREQUÊNCIA DA INTERRUPÇÃO				DEVIS DE TENTADA	
VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
10,00	10,00	10,00	10,00	220	± 10%

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTONIO TOME DE SOLZA 573

CPF: 286 442 044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 56903-230

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	PERÍO	EMISSÃO
029107777	UNICA	13/06/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/06/2018	000530115	3860341

CONTA CONTRATO	MESMO
1130133025	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO PREFERENCIAL
02/07/2018	12/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
168,86	

DETALHAMENTO DA DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kWh)
 Acréscimo Bandeira AMARELA
 Acréscimo Bandeira VERMELHA
 Contribuição Iluminação Pública
 ICMS Subvenção CDE-NF 012581098-1200118
 Multa por atraso-NF 016342538-14/05/18
 Juros por atraso-NF 016342538-14/05/18
 Atualização ICMS-NF 016342538-14/05/18
 Deságua APAE - SH00 722.2723

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
160.000000	0,73827710	133,08
		1,64
		5,51
		8,88
		1,24
		2,80
		0,51
		0,51
		15,00

EXCELSIOR SEGUROS

18 SET 2018

SECUR

TOTAL DA FATURA

168,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
18054	CAT	1.396,00	1.556,00	30	1.00000		160,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano	Consumo Ativo (kWh)	IMPOSTOS E DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
JUN18 180			
JUL18 190			
AGO18 200			
SET18 220			
OUT18 214			
NOV18 200			
DEZ18 187			
JAN19 176			
FEB19 185			
MAR19 188			
ABR19 194			
MAY19 124			
JUN19 140			
		TARIFAS APLICADAS	0,52150000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este comprovante não pode ser considerado meio certo de voto. Conta e fatura contêm informações de uso de energia elétrica e a mesma pode ser consultada em www.celpe.com.br. O cliente é responsável por todas as informações contidas no comprovante e fatura, exceto quando houver indicação contrária. Pagou-se impostos para a União (ICMS/PIB/COFINS), para a Sefaz (ICMS), para a Eletrobras (ICMS) e para a Cemig (ICMS). O consumo é calculado a partir da leitura da contagem anterior ao momento da emissão da fatura e é o consumo médio de energia elétrica consumida no período entre a leitura anterior e a leitura subsequente.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

PERÍODO	MÍN. DE APAGÃO	LÍMITE MÍNICO	LÍMITE TRANSTURAL	LÍMITE ANUAL
PERC.	5,43	10,36	21,73	
PERC.	3,38	8,72	12,48	
DIÚNC	2,11	0,00	0,00	

LIMITE DÍGITO: 12,22 R\$0,00 - Valor da Energia em Utilização Sistêmica + R\$ 0,00

NÍVEIS DE TENSÃO

INFORMAÇÕES SOBRE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (%)
220	-10% / +20%

CONTA CONTRATO: 1130133025 MÊS/ANO: 06/2018 DATA DE VENCIMENTO: 02/07/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 168,86
 83840000001-4 68860011001-1 13013302510-0 13593917833-7



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 falsa 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324-29 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA MARIA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.844-09, do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vltima SILVANA MARIA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.844-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
RECUSO INFORMAR

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	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA</u>	<u>SAO ENISTORVÃO</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>573</u>	<u>CASA</u>
Estado	CEP	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
<u>PE</u>	<u>56.903.220</u>	<u>87.48878-5033</u>	<u>87.4.9998-5477</u>	

SERRA TALHADA PE 10 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
 18 SET 2018
SEGURADO DPVAT

Paciente :Silvana Maria de lima

Convenio: Particular

Cirurgiao: FABIO GONDIM

Auxiliar :

Segundo :

Anestesista: raoni

Instrumentadora: Waleska

Circulante: orcelia

Diagnostico : Ruptura do Ica aguda

Cirurgia: Artroscopia do joelho p Ica

Acidentes durante a cirurgia:

Descrição cirúrgica:

1 Decubito dorsal sob raquianestesia

2 Instalação de infusor com fluxometro e utilizado soro fisiológico 10 litros

3 Assepsia e antisepsia e aposição de campos estéreis

4 Abertura dos portais artroscopicos

5 Retirada tendões semitendineo e gracilis para transposição por incisão em perna

6 feito sinovectomia

7 Utilizado cureta para desbridamento

8 Tuneis ósseos em fêmur e tíbia

9 Subida do enxerto e fixado no fêmur e tíbia com ancora femoral 20

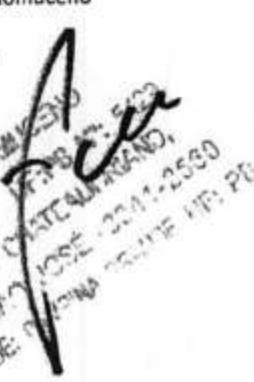
10 sutura com nylon

11 curativo.

Fábio gondim Nepomuceno

CRM - 5429

CRM - 5429
CRM: CRM
EP: 21.07.2018
206 - SA/JOSE - 2011-0550
IDAOE: 21/07/2018 10:18:20



EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURADOR
CPI/27



Nome: SILVANA MARIA DE LIMA

Prontuário. 71852

Idade: 42 Anos

Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 30/05/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

METODOLOGIA: foram realizados cortes multiplanares, em sequências TSE/GE, T1, T2, STIR, sem a infusão do meio de contraste EV.

ACHADOS:

1. Moderado derrame articular, acumulando-se principalmente na bursa suprapatelar e no recesso posterior intercondilar, acompanhado de espessamento sinovial difuso e múltiplos debris, sugestivo de hemartrose e/ou sinovite.
2. Sinais de rotura completa do ligamento cruzado anterior.
3. Espessamento e alteração de sinal do ligamento colateral medial e ligamento patelar sem alterações, indicativo de estiramento.
4. Não encontramos alterações significativas no ligamento cruzado posterior e ligamento colateral lateral.
5. O menisco medial tem rotura horizontal oblíqua no corno posterior que toca sua superfície articular tibial, próximo ao ápice. O menisco lateral tem alteração de sinal intrasubstancial, sem contato franco com superfícies articulares.
6. Afilamento e erosões cartilaginosas do revestimento fêmoro-tibial lateral e, notadamente, medial, associada a pequenos osteófitos marginais e extrusão meniscal parcial o que indica processo degenerativo.
7. Também na articulação patelo-femoral, notamos osteófitos marginais pequenos, com focos de condropatia grau 3, sendo um na faceta lateral da patela (0,9cm) e outro na faceta medial (0,6cm) e outro acometendo ângulo da tróclea e principalmente faceta medial (1,2cm).
8. Tendões regionais de espessura e sinal preservados.
9. Planos musculares examinados integros.
10. Foco de edema ósseo na margem posterior de ambos os côndilos tibiais, inespecífico.

Exame documentado em 05 películas


Dr. Severino Aires de Araújo Neto - CRM-PB 4948
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Doutorado pela FCM - UNICAMP
Professor de Radiologia do Curso de Medicina da UFPB

Digitador 5

NOME: SILVANA MARIA DE LIMA

Idade: 41 ANOS

Data Exame: 19/01/18

**Médico (A) Solicitante: DR. ANTONIO GOMES DA C. SEGUNDO
AREA VERMELHA**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL

Vesícula Biliar de topografia usual, de paredes lisas e finas, sem evidencia de imagens ecogênicas em seu interior.

Hepato-coledoco de calibre normal.

Figado de textura e dimensões normais, superfície regular, parênquima homogêneo, sem sinais de processo inflamatório. Não há dilatação de canais biliares intra-hepáticos. Vasos portais e veias hepáticas de calibre normal.

Pâncreas de topografia, dimensões e ecotextura habituais. Wirsung sem dilatação.

Baço de morfologia, dimensões e ecotextura habituais.

Rins tópicos, de forma e contornos regulares, apresentando dimensões e textura acústica normais, e diferenciação cortico-medular preservada. Não há dilatação do sistema pielocalcial

Bexiga com repleção hídrica, de paredes regulares, sem evidencia de imagem ecogênica em seu interior.

Ausência de coleções líquida intra-abdominais.

CONCLUSÃO

Órgãos e estruturas estudados ecograficamente normais.

Obs.: Exame sem imagens em anexo, pois está faltando filme de impressão no serviço.





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Regional "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Silvana Maria</i>		DATA NASC.: / /	RG:
ENDERECO:		BAIRRO:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:		NOME DA MÃE:	
EXAME(S) SOLICITADO(S) <i>Urb Adley RAS</i>	CÓDIGO	EXAME(S) SOLICITADO(S)	CÓDIGO
PROFIS. SOLICITANTE: <i>CRM 4011</i>		UNID. SOLICITANTE: CNES:	Nº CARTÃO SUS
DATA: / /		AUTORIZAÇÃO DATA: / /	
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:		UNID. PRESTADORA:	CÓDIGO: _____
DATA: / / HORA: _____		ENDEREÇO:	
MÉDICO:		SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO: _____ - _____	
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR		ASSINATURA DO USUÁRIO	POLEGAR DIREITO (ANALFABETO)



CTO

Clinica de Trauma
e Ortopedia

0341829118

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Valth Guimarães
RM - PB 6326 / TEOT 15.090
Cirurgia do Joelho

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril
e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Waerson José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
de ondas de choque

Silva - Mar. de
Z. m.

Pacote ut.m. de
tranc. e petho e jo
c/ braç. lyado cruzado
e patela CID: M23.5
operada permanece cr

NOME: FABIO
GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 5429
END: DR. CHATEAUBRIAND,
206 - SÃO JOSÉ - 3341-2560
PADE: CAMPINA GRANDE - PB

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - 3341.2566 / 3341.2560
CEP: 58400-396 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)



autose MSS. 4 e deficit de
ADM e incapacidade funci.
ond em MJE de 40%
par at. cidades da MS.

09
10
0011

NAME: FABIO
GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 5429
END: DR. CHATEAUBRIAND,
206 - SAO JOSE - 3341-2530
- PB CALIFORNIA GRANDE Nº: 01

