



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA



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

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

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

PERMISSÃO
AB

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

Nº REGISTRO
02136855400

OBSERVAÇÕES
HAR
CHTX

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Charles Andréas Lucas Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

23810552568
PE079966268

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGURO.

18 SET 2018

SEGURO PRIVAT.

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 013935537513
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 476540771 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
SILVANA MARIA DE LIMA

ITAPETIM-PE

CPF / CNPJ
029.945.844-09

PLACA
FGH1997

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
902KCL670CR550927

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
CINZA

COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1
P
V
A
1 FAIXA LEVA

PARCELAMENTO / COTAS

2
3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

RO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

DOCUMENTO DE FID. OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ITAPETIM

LOCAL

DATA

04/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT

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

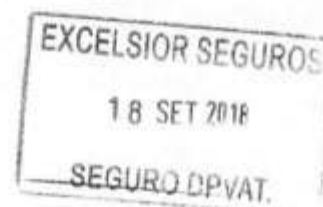
Data da entrega: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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:

Karla Souza

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 médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MÉDICA 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 médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MÉDICA 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: ABRICULTOR, 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) ANTÔNIO TÔME DE SOUZA
nº 572, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA - 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)

EXCELSIOR SEGUROS

18 SET 2018

SEGURO DPVAT



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS REGISTROS E PROTESTOS
Titular: MARIA ANGELITTA COSTA
Telefone: (07) 38531-145
Reconheço a firma por autenticidade de SILVANA MARIA DE LIMA. Itapetim - PE. Valor do ato R\$ 4,66, assim divididos: Emolumentos: R\$ 3,49; TSNR R\$ 0,78 e FERC R\$ 0,39. Maria Angelita Costa - Oficiala. Belª. Cássia Mª G. Zumba Costa Cavalcanti - Substituta.
Selo: 0076935.VXY04201801.01885 03/07/2018 16:00:26
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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 médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MÉDICA 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:

Karla 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 médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MÉDICA 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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA



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

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

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

PERMISSÃO
AB

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

Nº REGISTRO
02136855400

OBSERVAÇÕES

EXAR
CHTX

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**23810552568
PE079966268**

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGURO.

18 SET 2018

SEGURO PRIVAT.

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 013935537513
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 476540771 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
SILVANA MARIA DE LIMA

ITAPETIM-PE

CPF / CNPJ
029.945.844-09

PLACA
FGH1997

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
902KCL670CR550927

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
CINZA

COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA LEVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

2* *****

3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

RO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

DOCUMENTO DE FID. OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ITAPETIM

LOCAL

DATA

04/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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. Walsen José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
por ondas de choque

Silvan. Mar. de

Paciente vítima de
trauma a peito B12
e/ braço esquerdo cruzado
e patela cip: M23.5
operada permanece c/

OME: FABIO
GONDIM NEPOMUCENO

CRM: CRM UF: PB Nº: 5429

END: DR. CHATEAUBRIAND,

206 - SÃO JOSÉ - 3341-2560

CIDADE: CAMPINA GRANDE - UF: PB

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - 83 3341.2566 / 3341.2560
CEP: 58400-396 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)



antrose M22.4 e deficit de
ADM e incapacidade funci.
onal em MIE de 40%
para atividades diarias.

09
10
2017

Nome: FABIO
CONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 6429
END: DR. CHATEAUBRIAND,
206 - SÃO JOSÉ - 3341-2580
CIDADE: CALDAS GRANDES - UF: PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITACÃO

3

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1298956780

Nome: **SILVANA MARIA DE LIMA**

DOC. IDENTIDADE (CPF - EMISSOR) / UF: **5380108 SSP PE**

CPF: **029.945.944-09** DATA NASCIMENTO: **22/04/1956**

PERMICO: **SAIMUNDO INACIO DE LIMA**
MARIA DO SOCORRO LIMA

FORMACAO: **PROFISSIONAL** ACC: **PROFISSIONAL** CATEGORIA: **BR**

Nº RENOVACAO: **05242767252** VALIDADE: **09/06/2021** Nº HABILITACAO: **11/11/2011**

OBSERVAÇÕES:
 A

Silvana Maria de Lima
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: **ARAGUADOS DA INGENHEIRA - PE** DATA EMISSAO: **10/06/2016**

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

07179554357
 92073170944

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROFISSIONAL PLASTIFICAR
 1298956780

EXCELSIOR SEGUROS
 18 SET 2018
 SEGURO DPVAT

Hospital João XXIII (SAS)

Data:21/07/2018

Paciente :Silvana Maria de lima

Convenio: Particular

Cirurgiao: FABIO GONDIM

Auxiliar :

Segundo :

Anestesista: raoni

Instrumentadora: Waleska

Circulante: orcelia

Diagnostico : Ruptura do lca aguda

Cirurgia: Artroscopia do joelho p lca

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 antissepsia e aposição de campos estéreis
- 4 Abertura dos portais artroscopicos
- 5 Retirada tendões semitendíneo e gracilis para transposição por incisão em perna
- 6 feito sinovectomia
- 7 Utilizado cureta para desbridamento
- 8 Tunnels 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.

Fabio gondim Nepomuceno

CRM - 5429


FABIO GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM 5429
EPO: DR. JOSE - 2011-2530
CIDADE: JOIA PELLE - RJ: 20





Nome: SILVANA MARIA DE LIMA
Prontuário. 71852
Idade: 42 Anos
Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 30/05/2018

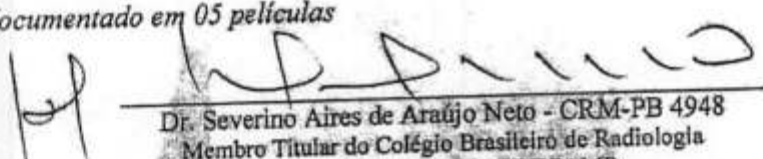
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

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) outro na faceta medial (0,6cm) e outro acometendo ângulo da tróclea e principalmente faceta medial (1,2cm).
6. Tendões regionais de espessura e sinal preservados.
7. Planos musculares examinados integros.
8. 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

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO PRIVAT.

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.

Fígado 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 pielocalicial

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:

Silvana Maria

DATA NASC.:

1 / 1

RG:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

NOME DA MÃE:

EXAME(S) SOLICITADO(S)

CÓDIGO

EXAME(S) SOLICITADO(S)

CÓDIGO

U96 Abdu HAS

PROFIS. SOLICITANTE:

CRM 4481

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)

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO PRIV.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL F-UT-11
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005643-83 | www.celpe.com.br

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1130133025	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
02/07/2018	12/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
168,86	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
020107777	UNICA	1306/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
1306/2018	000570115	3892341

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	186.000000	0,73827710	135,08
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,64
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,51
Contribuição Iluminação Pública			9,88
ICMS Subvenção CDE-NF 012581698-125816			1,24
Multa por atraso NF 018342538 - 14/05/18			2,80
Juros por atraso NF 018342538 - 14/05/18			0,54
Atualização CPM-NF 018342538 - 14/05/18			0,54
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

XCELSIOR SEGUROS

18 SET 2018

SECURIT

TOTAL DA FATURA

168,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (Wh)
18034	CAT	1405/2018	5.398,00	1306/2018	5.574,00	30	1,00000		186,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano (Wh)	Consumo (Wh)
JUN 18 180	180
MAY 18 190	190
ABR 18 230	230
MAR 18 320	320
FEV 18 314	314
JAN 18 250	250
DEZ 17 187	187
NOV 17 176	176
OCT 17 185	185
SET 17 168	168
AUG 17 134	134
JUL 17 124	124
JUN 17 140	140

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

NOME DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	140,01	25,80
PIS	140,01	0,73
COFINS	140,01	2,88
Consumo Ativo (Wh)		186,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Geração de Energia	R\$ 48,35	28,67%
Transmissão	R\$ 5,97	3,54%
Distribuição (Cabeço)	R\$ 27,33	16,24%
Perdas de Energia	R\$ 8,77	5,20%
Energia Setorial	R\$ 7,18	4,26%
Tributos	R\$ 41,22	24,44%
Total	R\$ 148,81	100%

TAXAS APLICADAS: 0,52150000

REST. VALOR DO PREÇO: 78BC 7C48 1C4F 8BFD 87D2 116E 82DE 504A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta possui o valor pago no mês anterior mais o valor de consumo. Confira a data correta em www.celpe.com.br. No caso de fatura incorreta, envie e-mail para atendimento@celpe.com.br. O cliente é responsável quando há variação na contagem de medição ou no valor da fatura. Pagos em atraso geram multa 2% (Revisão 1/2018). Após 15 dias, multa 0,45% (Revisão 1/2018). O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias após a data de vencimento. O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias após a data de vencimento. O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias após a data de vencimento.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TIPO DE INTERRUPÇÃO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE ANUAL
ENC	0,00	5,43	10,86	21,73
ENC	0,00	3,38	6,73	13,46
ENC	0,00	2,11	4,22	8,44

Limite DCM: 12,22. Ponto - Valor do Consumo de Uso do Sistema de Distribuição: 19,48,58

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	MÍNIMO MÁXIMO
	192 231

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324/29 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.

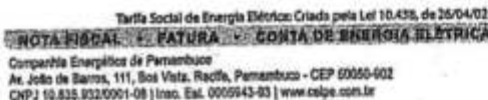
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>		<u>573</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>SÃO CRISTOVÃO</u>	<u>SERRA TALHADA</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

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT.



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PAULO VUITAPETIM
ITAPETIM PE
56720-000

CONTA CONTABIL	MESANO
4004783974	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE COTA PROXIMAL
20/04/2018	15/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	17,12

TOTAL A PAGAR (R)	17.12
-------------------	-------

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.0000000	0,49480640	14.844,19
Contribuição Iluminação Pública			
Multa por atraso-NF 008883034 - 13/03/18			
Multa por atraso-NF 005058625 - 08/02/18			
Juros por atraso-NF 005058625 - 08/02/18			
Juros por atraso-NF 008883034 - 13/03/18			
Atualização ICPM-NF 005058625 - 08/02/18			
Atualização ICPM-NF 008883034 - 13/03/18			

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEMORANDUM	TPQ DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA 13/03/2018	LEITURA 4.748,00	DATA 13/04/2018	LEITURA 4.753,00				
						31	1,00000		17,70

Gráfico de Barras: Valor do Imposto em Reais (R\$) por Mês (2015)

Mês	Valor do Imposto (R\$)
ABR 15	30
MAR 15	30
FEV 15	30
JAN 15	30
DEZ 17	30
NOV 17	30
OUT 17	30
SET 17	40
AGO 17	40
JUL 17	50
JUN 17	30
MAY 17	30
ABR 17	30

Tabela de Dados: Cálculo do ICMS e PIS/COFINS para Maio de 2015

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	14,84	0,52	0,07
PIS	14,84	2,40	0,36
COFINS			

Fonte: Faturado pelo período de 1 mês - Carga de Despesabilidade - Anexo III - Resolução ANEEL 414/2015

[illegible][illegible][illegible][illegible]

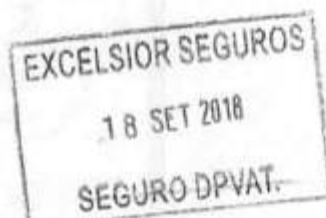
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
	VALOR	LMITE	LMITE		TENSÃO NOMINAL (V)	LMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					MINIMO	MAXIMO	

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	atraso	adianta

CONFERE COM
O ORIGINAL

Secretaria de Defesa Social - INFOPOP

<http://200.238.83.35/pernambuco/VisualizaBO.do?idU...>



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM -
DP170ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E02600000035**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 001, 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 do(a)
Sr(a): **SILVANA MARIA DE LIMA**

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

SILVANA MARIA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe MARIA DO SOCORRO DE LIMA Pai RAIMUNDO INACIO DE LIMA Data de Nascimento: 22/4/1976
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 001, CITA RECANTO - CEP: 55080-000 -**
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(a) Sr(a): **SILVANA MARIA DE LIMA**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **SILVANA MARIA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH1587** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1E76CR568827**
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 nesta unidade policial

Condutores da ocorrência:

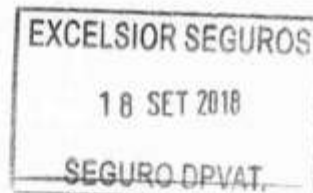
Nome: **RICARDO**

Cargo: **SOLDADO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **113682-5** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **23. BATALHAO DE POLICIA MILITAR**

B.O. registrado por: **JOSE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: **328138-8**



**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

029.945.844-09

Data do Acidente

19-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

89.9998-1477

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.

I TAPETIM-PE, 10 de Agosto de 2018

Lugar e Data

Silvana maria de lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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	CEP 56.720-000
Email			Telefone (DDD) 77.9998-1477

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

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ 6045	D/V 3	CONTA NRQ 200137	D/V 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome		NRQ	
AGÊNCIA NRQ		D/V	CONTA NRQ
(Informar dígito se existir)		D/V	(Informar dígito se existir)

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

ITAPETIM PE, 10 de Agosto de 2018

Local e Data

Silvana Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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	CEP 56.720-000
Email		Telefone (DDD) 71.9998-1477	

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

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ 6045	D/V 3	CONTA NRQ 200137	D/V 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome		NRQ	
AGÊNCIA NRQ		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 10 de Agosto de 2018

Local e Data

Silvana Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Carta nº 13384154



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: 000000200137-3

Nr. Autenticação

BRDESCO0511201805000000000023706045000000200137168750 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
lesão do LCA

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

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

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO
ATROFIA MUSCULAR

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

JOELHO ESQUERDO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

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

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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: ABRICULTOR, 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) ANTÔNIO TÔME DE SOUZA
nº 572, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA - 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)

EXCELSIOR SEGUROS

18 SET 2018

SEGURO DPVAT



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS REGISTROS E PROTESTOS
Titular: MARIA ANGELITA COSTA
Telefone: (07) 38531-145
Reconheço a firma por autenticidade de SILVANA MARIA DE LIMA. Itapetim - PE. Valor do ato R\$ 4,66, assim divididos: Emolumentos: R\$ 3,49; TSNR R\$ 0,78 e FERC R\$ 0,39. Maria Angelita Costa - Oficiala. Belª. Cássia Mª G. Zumba Costa Cavalcanti - Substituta.
Selo: 0076935.VXY04201801.01885 03/07/2018 16:00:26
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MÉDICA 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 médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MÉDICA 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:

Karla 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
lesão do LCA

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

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

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO 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 FLEXÃO 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

JOELHO ESQUERDO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

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

Carta nº 13384154



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

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	CEP
Email						56.720-000
						Telefone (DDD)
						71.9998-1477

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ. 6045 D/V 3 CONTA NRQ. 200137 D/V 3
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRQ. AGÊNCIA NRQ. D/V CONTA NRQ. 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 10 de Agosto de 2018
 Local e Data

Silvana Maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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	CEP
Email						56.720-000
						Telefone (DDD)
						71.9998-1477

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ. 6045 D/V 3 CONTA NRQ. 200137 D/V 3
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRQ. AGÊNCIA NRQ. D/V CONTA NRQ. 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 10 de Agosto de 2018
 Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS
 18 SET 2018
 SEGURO DPVAT

Silvana Maria de Lima

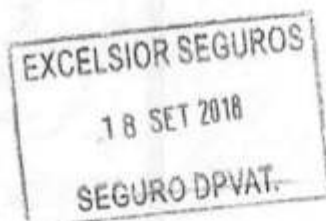
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFERE COM
O ORIGINAL

Secretaria de Defesa Social - INFOPOP

http://200.238.83.35/pernambuco/VisualizaBO.do?idU...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM -
DP170ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E02600000035**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 001, PE 276 - 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 do(a)
Sr(a): **SILVANA MARIA DE LIMA**

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

SILVANA MARIA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe MARIA DO SOCORRO DE LIMA Pai RAIMUNDO INACIO DE LIMA Data de Nascimento: 22/4/1976
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM**
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 001, SITIO RECANTO - CEP: 55060-000 -**
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(a) Sr(a): **SILVANA MARIA DE LIMA**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **SILVANA MARIA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH1587** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1E76CR568827**
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 nesta unidade policial

Condutores de ocorrência:

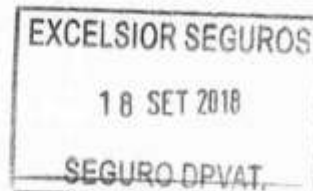
Nome: **RICARDO**

Cargo: **SOLDADO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **113682-5** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **23. BATALHAO DE POLICIA MILITAR**

B.O. registrado por: **JOSE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: **328138-8**



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

029.945.844-09

Data do Acidente

19-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

89.9.9998-1477

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

Local e Data

Silvana maria de lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 000000200137-3

Nr. Autenticação

BRDESCO0511201805000000000023706045000000200137168750 PAGO

DADOS DO CLIENTE
SILVANA MARIA DE LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 029.945.844-09

PAULO VUITAPETIM
ITAPETIM PE
56720-000

**CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico**

012777818 UNCA 1304/2019

Assessment	Recovery	Installation
1353473118	2307275407	1493734

4004783374 04/2016

FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA DE CADUCIDAD DEL TITULO
20/04/2018	15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)	17,12
---------------------	-------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.0000000	0,49480640	14,844192
Contribuição Iluminação Pública			0,000000
Multa por atraso-NF 005058534 - 13/03/18			0,000000
Multa por atraso-NF 005058525 - 09/02/18			0,000000
Juros por atraso-NF 005058525 - 09/02/18			0,000000
Juros por atraso-NF 005058534 - 13/03/18			0,000000
Atualização IGP-M-NF 005058525 - 09/02/18			0,000000
Atualização IGP-M-NF 005058534 - 13/03/18			0,000000

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MENSURADOR	TPQ DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Nº)
		DATA 13/03/2018	LEITURA 4 748,00	DATA 13/04/2018	LEITURA 4 763,00				
8104140						31	1,00000		17,00

[illegible]

Month	Year	Value
APR	18	30
MAR	18	30
FEV	18	30
JAN	18	30
DEC	17	30
NOV	17	30
OCT	17	30
SEP	17	40
AUG	17	50
JUL	17	30
JUN	17	30
MAY	17	30
APR	17	30

RESEARCH ON THE EFFECTS OF THE 1997-1998 ASIAN FINANCIAL CRISIS ON THE ECONOMIC GROWTH OF THE COUNTRIES OF THE SOUTH-EAST ASIAN REGION

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR MPO
ICMS	14,84	0,52	0
PIS	14,84	2,40	0
COPINS			

1997 *Journal of Management Studies* 34: 103-114

Firmado pelo diretor de taxa-
ção e de responsabilidade,
Aurora de Almeida, 30/04/2010

INFORMACIÃO IMPORTANTE

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Venda	Dinheiro	Valor	Venda	Dinheiro	Valor
20/02/04	1301,00	13,05			

Em caso de não pagamento do boleto, a fornecedora de energia vai à via judicial, bem como pode ocorrer via judicial dos registros de infrações de uso de EPC e TERAÇA, com sanções fiscais e criminais. Este comunicado não substitui o envio de cobranças e nem a emissão de boletins de cobrança. Para mais informações consulte o site da concessionária ou o número 0800 00 00 00.

As principais áreas de
investimento (segundo a ANEP,
ATACOS CO, INCORP, SINCOR,
SARLIP) produtivas e capazes de
absorver mão de obra, são as
construção, manufatura, unidades de
atendimento e o setor
serviço. Entre as

QUANTIDADE E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

	SALES	UNITS	UNITS
1994-1995	1,000,000	100,000	100,000
1995-1996	1,200,000	120,000	120,000
1996-1997	1,400,000	140,000	140,000
1997-1998	1,600,000	160,000	160,000
1998-1999	1,800,000	180,000	180,000
1999-2000	2,000,000	200,000	200,000
2000-2001	2,200,000	220,000	220,000
2001-2002	2,400,000	240,000	240,000
2002-2003	2,600,000	260,000	260,000
2003-2004	2,800,000	280,000	280,000
2004-2005	3,000,000	300,000	300,000
2005-2006	3,200,000	320,000	320,000
2006-2007	3,400,000	340,000	340,000
2007-2008	3,600,000	360,000	360,000
2008-2009	3,800,000	380,000	380,000
2009-2010	4,000,000	400,000	400,000
2010-2011	4,200,000	420,000	420,000
2011-2012	4,400,000	440,000	440,000
2012-2013	4,600,000	460,000	460,000
2013-2014	4,800,000	480,000	480,000
2014-2015	5,000,000	500,000	500,000
2015-2016	5,200,000	520,000	520,000
2016-2017	5,400,000	540,000	540,000
2017-2018	5,600,000	560,000	560,000
2018-2019	5,800,000	580,000	580,000
2019-2020	6,000,000	600,000	600,000
2020-2021	6,200,000	620,000	620,000
2021-2022	6,400,000	640,000	640,000
2022-2023	6,600,000	660,000	660,000
2023-2024	6,800,000	680,000	680,000
2024-2025	7,000,000	700,000	700,000
2025-2026	7,200,000	720,000	720,000
2026-2027	7,400,000	740,000	740,000
2027-2028	7,600,000	760,000	760,000
2028-2029	7,800,000	780,000	780,000
2029-2030	8,000,000	800,000	800,000
2030-2031	8,200,000	820,000	820,000
2031-2032	8,400,000	840,000	840,000
2032-2033	8,600,000	860,000	860,000
2033-2034	8,800,000	880,000	880,000
2034-2035	9,000,000	900,000	900,000
2035-2036	9,200,000	920,000	920,000
2036-2037	9,400,000	940,000	940,000
2037-2038	9,600,000	960,000	960,000
2038-2039	9,800,000	980,000	980,000
2039-2040	10,000,000	1,000,000	1,000,000
2040-2041	10,200,000	1,020,000	1,020,000
2041-2042	10,400,000	1,040,000	1,040,000
2042-2043	10,600,000	1,060,000	1,060,000
2043-2044	10,800,000	1,080,000	1,080,000
2044-2045	11,000,000	1,100,000	1,100,000
2045-2046	11,200,000	1,120,000	1,120,000
2046-2047	11,400,000	1,140,000	1,140,000
2047-2048	11,600,000	1,160,000	1,160,000
2048-2049	11,800,000	1,180,000	1,180,000
2049-2050	12,000,000	1,200,000	1,200,000
2050-2051	12,200,000	1,220,000	1,220,000
2051-2052	12,400,000	1,240,000	1,240,000
2052-2053	12,600,000	1,260,000	1,260,000
2053-2054	12,800,000	1,280,000	1,280,000
2054-2055	13,000,000	1,300,000	1,300,000
2055-2056	13,200,000	1,320,000	1,320,000
2056-2057	13,400,000	1,340,000	1,

REVISIT THE TUNNEL

TEMPO NOMINAL (s)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
----------------------	------------------------



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL F-1074
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-962
CNPJ 10.835.932/0001-68 | Ins. Est. 0005643-83 | www.celpe.com.br

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1130133025	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
02/07/2018	12/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	168,86

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
020107777	UNICA	1306/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
1306/2018	000570115	3892341

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (Wh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Subvenção CDE-NF 012581898-125818
Multa por atraso NF 016342538 - 14/05/18
Juros por atraso NF 016342538 - 14/05/18
Atualização CPM-NF 016342538 - 14/05/18
Doação APAE - CH00 722 2723

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
186 000000	0,73027710	135,08
		1,64
		5,51
		9,88
		1,24
		2,80
		1,57
		0,94
		15,00

XCELSIOR SEGUROS

18 SET 2018

SECURIT

TOTAL DA FATURA

168,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
18034	CAT	14/05/2018	5.398,00	13/06/2018	6.547,50	30	1,00000		1149,50

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (Wh)
JUN 18	180
MAY 18	190
ABR 18	230
MAR 18	320
FEV 18	314
JAN 18	200
DEZ 17	187
NOV 17	176
OCT 17	185
SET 17	168
AUG 17	134
JUL 17	124
JUN 17	140

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

NOME DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	140,01	25,80
PIS	140,01	0,73
COFINS	140,01	3,88

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR	%
Geração de Energia	R\$ 48,35	34,57%
Transmissão	R\$ 5,97	4,28%
Distribuição (Celpe)	R\$ 27,33	19,94%
Perdas de Energia	R\$ 8,77	6,28%
Energia Setorial	R\$ 7,38	5,37%
Tributos	R\$ 41,22	29,64%
Total	R\$ 140,01	100%

TAXAS APLICADAS
Consumo Ativo (Wh)
0,52150000

REST. VALOR AD. PISCO

78BC 7C48 1C4F 08F0 B7D2 116E 82DE 504A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no cartão de crédito ou em dinheiro. Confira a data correta em www.celpe.com.br. No caso de fatura com valor em dívida, não compareça ao ponto de venda. O cliente é responsável quando não comparece ao ponto de venda para pagamento da fatura. Pagos em atraso geram multa 2% (Revisão ANCEL) e juros 1% (Revisão ANCEL) e multa 10% (Revisão ANCEL) sobre o valor devido. O cliente é responsável quando não comparece ao ponto de venda para pagamento da fatura. O cliente deve pagar a fatura no prazo de validade da conta para evitar o cancelamento da conta. O cliente deve pagar a fatura no prazo de validade da conta para evitar o cancelamento da conta.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ENC	0,00	5,43	10,86	21,73
ENC	0,00	3,38	8,72	12,48
ENC	0,00	3,11	0,00	0,00

Limite DCM: 12,22

PISCO: Valor do Preço de Custo do Sistema de Distribuição = R\$ 48,35

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	MÍNIMO MÁXIMO
	192 231

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324/29 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		Número	Complemento
<u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>		<u>573</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>SÃO CRISTOVÃO</u>	<u>SERRA TALHADA</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

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



Hospital João XXIII (SAS)

Data:21/07/2018

Paciente :Silvana Maria de lima

Convenio: Particular

Cirurgiao: FABIO GONDIM

Auxiliar :

Segundo :

Anestesista: raoni

Instrumentadora: Waleska

Circulante: orcelia

Diagnostico : Ruptura do lca aguda

Cirurgia: Artroscopia do joelho p lca

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 antissepsia e aposição de campos estéreis
- 4 Abertura dos portais artroscopicos
- 5 Retirada tendões semitendíneo 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.

Fabio gondim Nepomuceno

CRM - 5429

Fabio
FABIO GONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM 5429
EPO: DR. JOSÉ - 2011-2530
CIDADE: JUIZ DE FOVA - RJ - RJ





Nome: SILVANA MARIA DE LIMA
Prontuário. 71852
Idade: 42 Anos
Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 30/05/2018

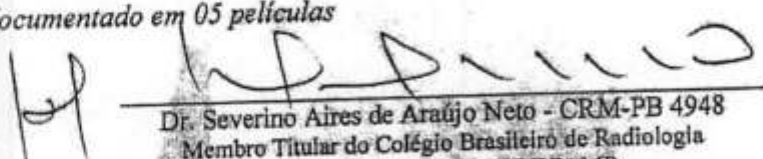
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

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) outro na faceta medial (0,6cm) e outro acometendo ângulo da tróclea e principalmente faceta medial (1,2cm).
6. Tendões regionais de espessura e sinal preservados.
7. Planos musculares examinados integros.
8. 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

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGURO DPVAT.

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.

Fígado 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 pielocalicial

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:

Silvana Maria

DATA NASC.:

1 / 1

RG:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

NOME DA MÃE:

EXAME(S) SOLICITADO(S)

CÓDIGO

EXAME(S) SOLICITADO(S)

CÓDIGO

U96 Abdu HAS

PROFIS. SOLICITANTE:

UNID. SOLICITANTE:

Nº CARTÃO SUS

CRM 4431

CNES:

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)

EXCELSIOR SEGUROS
18 SET 2018
SEGUR.D.P.V.T.



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. Walsen José Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e
Infantil e Tratamento
por ondas de choque

Silvan. Mar. de

Paciente vítima de
trauma a pé e braço
e/ou braço esquerdo cruzado
e patela c/ M23.5
operada permanece c/

IME: FABIO
GONDIM NEPOMUCENO

CRM: CRM UF: PB Nº: 5429

END: DR. CHATEAUBRIAND,

206 - SÃO JOSÉ - 3341-2560

CIDADE: CAMPINA GRANDE - UF: PB

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - 83 3341.2566 / 3341.2560
CEP: 58400-396 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)



antrose M22.4 e deficit de
ADM e incapacidade funci.
onal em MIE de 40%.
para atividades diarias.

09
10
2017

11C
NOME: FABIO
CONDIM NEPOMUCENO
CRM: CRM UF:PB Nº: 6429
END: DR. CHATEAUBRIAND,
206 - SÃO JOSÉ - 3341-2580
CIDADE: CALDAS GRANDES - UF: PB

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITACÃO

3

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1298956780

Nome: **SILVANA MARIA DE LIMA**

DOC. IDENTIDADE (CPF - EMISSOR) / UF: **5380808 SSP PE**

CPF: **029.945.944-09** DATA NASCIMENTO: **22/04/1956**

PERM.ÇÃO: **SAIMUNDO INACIO DE LIMA**
MARIA DO SOCORRO LIMA

FORMACÃO: **PROFISSIONAL** ACC: **PROFISSIONAL** CATEG: **2B**

Nº RENOV: **05242767252** VALIDADE: **09/06/2021** Nº NASCIMENTO: **11/11/2011**

OBSERVAÇÕES:
 A

Silvana Maria de Lima
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: **AROGADOS DA INGENHEIRA - PE** DATA EMISSÃO: **10/06/2016**

[Assinatura]
 ASSINATURA DO TITULAR

07179554357
 98073170984

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROFISSIONAL PLASTIFICAR
 1298956780

EXCELSIOR SEGUROS
 18 SET 2018
 SEGURO DPVAT