

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fausto Araújo de Lima

RG nº 5.833.252 data de expedição 02/10/18 Órgão SSP/PE

CPF nº 008.916.744-92, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. O 56d 29 Lt 02</u>	
Número	<u>05</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Panorama Lido</u>	
Cidade	<u>Caruaru</u>	
Estado	<u>PE</u>	
CEP	<u>55814-020</u>	
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>	<u>99138-2325</u>
E-mail	<u>marcelo.assessoria@hot-mail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 22/01/2019

Assinatura do Declarante: Fausto Araújo de Lima



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 008.916.744-97 Nome completo da vítima: Jailson Araújo de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jailson Araújo de Lima CPF: 008.916.744-97
Profissão: peixeiro Endereço: R. O. D. 29 Lt 02 Número: 05 Complemento: _____
Bairro: Parque das Cidade: Carapina Estado: PE CEP: 55814-020
E-mail: marcelo.cassiano@hotmail.com Tel. (DDD): 81197915-3756

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3242 CONTA: 25240 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Carapina 22/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEUBRIAND

Ficha de Atendimento de Emergência

✓

17:03

Data: 5/12/18 Registro: 165.541 Cor: _____ cns: _____

Nome: Wilson Francisco de Lima

Data de nasc.: 15/10/81 Idade: 37 sexo: Mas naturalidade: _____

Filiação: Weniloba de Francisco Pedreira

Estado civil: _____ Telefone: _____

Endereço: Lot. Corneio São / Rua O

Nº 05 Bairro: Corneio São Cep: Caruaru

Responsável: _____

Dados Clínicos: PA: 110x70 Mmhg, Temp. _____ Cº, R: _____ P: _____

HISTÓRICO: WBT=16K

hta, síndrome de orelha, nariz e garganta
dores e edema nos membros inferiores
torax e abdomen livres.

ECG=15

Conduta e Avaliação: Não disponível de radiografia neste serviço.

ECG Pagando, orelha, nariz e

torax e abdomen

livres

Hipótese Diagnóstica: gripe bulbo ①? CID: _____

Prescrição Médica: _____

① Isonid 100mg - 0/1 P A F 100ml 5 P O, 3%. iv lat

NOF - Transistologia

5570598

Evolução e cuidados de Enfermagem: _____

PA=

Dr. Victor Amada
Médico
CRM: PE 20392

Assinatura do médico e carimbo



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 008.916.744-97 Nome completo da vítima: Jaílson Araújo de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jaílson Araújo de Lima CPF: 008.916.744-97
Profissão: peixeiro Endereço: R. O. D. 29 Lt 02 Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Parque das Cidade: Carapina Estado: PE CEP: 55814-020
E-mail: marcelo.cassiano@hotmail.com Tel. (DDD): 81197915-3756

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3242 CONTA: 25240
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Carapina 22/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135004993**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2018** às **11:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA D, BAIRRO CARNEIRO LEÃO** - Bairro: **CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CAMPO**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (OUTRO)
JAILSON ARAÚJO DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**



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

JAILSON ARAÚJO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA DE ARAÚJO PEDROSA** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE LIMA FILHO** Data de Nascimento: **15/10/1981** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA D, BAIRRO CARNEIRO LEÃO - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CAMPO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD** Objeto apreendido: **Não**

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077791

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JAILSON ARAUJO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077791

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON ARAUJO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077791 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 05/12/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Em tratamento
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033492/19

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

CPF: 008.916.744-97

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON ARAUJO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAILSON ARAUJO DE LIMA : 008.916.744-97

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: 29/01/2019
Nome: JAILSON ARAUJO DE LIMA
CPF: 008.916.744-97

JAILSON ARAUJO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 9912288799
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 - 25048253 - ***** - 2012

NOME
JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL

PLACA
NAZARE DA MATA-PE

CPF/CNPJ
081.407.064-77

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

CHASSI
9C2JC41208R516277

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

ESPECIE TIPO
MOTOCICLETA

MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN ES

CATEGORIA
PARTIC

VENQ. COTA ÚNICA
1ª *****

2ª *****

3ª *****

DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO

RESERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HO. DA SA

NAZARE DA MATA

10/01/13

Maria de Fatima Demeira R. Costa

Diretor(a) Presidente DETRAN/PE

DETRAN

DETRAN



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A PESSOA E CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 9912288799 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012

PLACA PET0021

CPF/CNPJ 081.407.064-77

NOME JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL

NAZARE DA MATA-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 10/01/13

PE Nº 9912288799

VIA 2

CPF/CNPJ 081.407.064-77

PLACA PET0021

RENAVAM 25048253

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2010

CHASSI 9C2JC41208R516277

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SEM IPI E IOF (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE A CONSTATAR O BILHETE DPVAT. SUE NAO E DE FORA DESEMPENHO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077791 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 05/12/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO - PÁG., COM DATA DE 05/12/2018, EMITIDA PELO DR. THIAGO LIMA, CRM Nº 17991, DO HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jesimiel da Silva Pimentel,
RG nº 7879053, data de expedição 19/12/18,
Órgão SDS, portador do CPF nº 081.407.064-72, com
domicílio na cidade de CARPINA, no Estado de
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOTEAMENTO CARMEIDO LEAO, nº 32R,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Spilson Araujo de Lima cujo o condutor era
Spilson Araujo de Lima

Veículo: motocicleta

Modelo:

Ano: 2011

Placa: PET 0021

Chassi: 9C2JC4120BR16277

Data do Acidente: 05/12/2018

Local e Data: Corpus, 15/01/2019

Jesimiel da Silva Pimentel
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO BARROS E SILVA - PRATICO DE PROTESTO E NOTAS / Del. Maria Barros e Silva
Avenida Eloy de Aguiar, 100 - Coruja - Pernambuco - CEP: 51010-000 - Fone: (081) 3021-2288 - E-mail: cartorio3@barrosesilva.com.br

Reconheço, Autenticidade, a firma: JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL, lançada em minha presença por: Dr. CARPINAPE
15/01/2019. Emissão: 3,51; TSM: 0,00; FERC: 0,40; Total: 4,91.
Código: 90074955.15/01/2019.03446. Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital. MARCO BARROS E SILVA,
TABELIÃO.





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

	HOF
	Realizado exames Radiológicos
	PUNHO em 5/12/18
	Reg. Ass. <i>[assinatura]</i>
	TAC JOELHO D: LAMB
	Rx PUNHO D: ENXERU NÍVE OMIN

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: ENXERU NÍVE OMIN *[assinatura]*

Destino do Paciente

☒ Alta () Cirurgia *[assinatura]* Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: *TEOT 13449 / CRM 17891* () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____



Tarifa Social de Energia Elétrica Cuida pela Lei 10.098 de 12/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Paraná
Av. João de Barros, 111, Box Vista, Foz de Iguaçu, Paraná - CEP 80800-902
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Ins. Est. 0205943-00 | e-mail: atendimento@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALESSANDRA MARIA DOS SANTOS

CPF: 075 758 914-17

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA CLIENTE COMESTRUTURA

RUA G S GO 29 LT 02

CARREIRO LEACORPINA
CARPESIA PR
55214-020

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005509658	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	14/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	95,10

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
041400047	UNICA	07/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/232MU	3002111706	5510317

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (MWh)	115,0000000	R\$ 1075354	28,30
Acréscimo Bônus AMARELA			1,16
Cópia Item Pública Municipal			9,14
ICMS Subvenção CODE NF 030177479-030950			0,51
ICMS Subvenção CODE NF 033812037-041011			0,57
Multa por atraso NF 033812037-041011			1,32
Multa por atraso NF 037596275-051117			1,75
Juros por atraso NF 033812037-041011			0,83
Juros por atraso NF 037596275-051117			0,84
Atualização GRM NF 033812037-041011			0,46
Atualização GRM NF 037596275-051117			0,32

TOTAL DA FATURA

95,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
30188219	CH	28.11.2018	5.082,00	01-12-2018	5.748,00	31	100,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			IMPOSTOS SOBRE OS SERVIÇOS			DISTRIBUIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano	Consumo (KWh)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Uso de Energia	R\$	%
02/18	100		ICMS	20,00	19,99	Transmissão	R\$	4,88%
03/18	110		PIS	0,79	0,52	Distribuição (Celpe)	R\$	21,88%
04/18	53		COFINS	0,79	0,52	Pontos de Entrega	R\$	4,88%
05/18	91					Energia Substituída	R\$	0,37%
06/18	81					Perdas	R\$	26,34%
07/18	76					Total	R\$	100%
08/18	61							
09/18	61							
10/18	66							
11/18	55							
12/18	52							
01/19	58							
02/19	52							
03/19	50							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento em até 30 dias após a data de vencimento. O cliente deve manter em dia o pagamento das contas de energia elétrica para não sofrer com a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter em dia o pagamento das contas de energia elétrica para não sofrer com a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					TENSÃO NOMINAL (V)	
CONDIÇÃO	VALOR APURADO (R\$)	VALOR REMISSO (R\$)	VALOR TOLERÂNCIA (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)	VALOR	VALOR
INTERRUPÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	220	220
INTERRUPÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	220	220
INTERRUPÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	220	220

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					TENSÃO NOMINAL (V)	
CONDIÇÃO	VALOR APURADO (R\$)	VALOR REMISSO (R\$)	VALOR TOLERÂNCIA (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)	VALOR	VALOR
INTERRUPÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	220	220
INTERRUPÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	220	220
INTERRUPÇÃO	0,00	0,00	0,00	0,00	220	220

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7005509658	12/2018	14/12/2018	95,10

83880000000-3 95100011007-0 00550965810-6 15332959265-0



CAIXA

CONTA CORRENTE



6277 8013 0359 3135

JAILSON ARAUJO DE LIMA

1242 001 00025210-4 10/21



DÉBITO



CAIXA

CONTA CORRENTE



6277 8013 0359 3135

JAILSON ARAUJO DE LIMA

1242 001 00025210-4 10/21



DÉBITO

Boleum de Ocorrência

Página 2 de 2

Cor: **ROXA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PIE0024** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **286489293** Classe: **9C2JC4120BR516277**Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O SR. JAILSON ARAUJO DE LIMA, ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA, INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NÃO FATAL NO DIA 05/12/2018 ÀS 17:03. A VÍTIMA ALEGA QUE ESTAVA SAINDO COM A SUA MOTOCICLETA NA FRENTE NA SUA CASA, E QUE UM VEÍCULO DE COR BRANCA, POSSIVELMENTE UM VOYAGE COLIDIU NA SUA TRASEIRA, E QUE O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PRESTOU SOCORRO. APÓS O OCORRIDO, OS VIZINHOS DA VÍTIMA O CONDUZIRAM ATÉ A UNIDADE MISTA DE CARPINA, ONDE TEVE O PRIMEIRO ATENDIMENTO. EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS POIS ESTAVA COM SUSPEITA DE FRATURA NO BRACO DIREITO E NA PERNA DIREITA.

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

JAILSON ARAUJO DE LIMA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **THIAGO DOS SANTOS PONTES** - Matrícula: **387303-0**

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora de entrada da senha: 05/12/2018 20:53

Nome Paciente:	JAILSON ARAUJO DE LIMA
Cód. Paciente:	1074859
Data de Nascimento:	15/10/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	FN0050
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3275097 
SAME:	1074859

Período: 05/12/2018 20:57 - 05/12/2018 21:00

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO HÁ 5H. ESTAVA DE CAPACETE. COLISÃO CARRO/MOTO. BATEU A CABEÇA MAS NÃO REFERE DESMAIO. TRAUMA NSD E MID. QUEIXA-SWE DE CAFALÉIA.

Observação: P.A.=145X96MMHG. P=78. NEGA DM, HAS OU ALERGIAS. SAT O2=96%.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/12/2018 21:00



ENCAMINHAMENTO

Paulo Araújo de Lima

Pt, 37 anos, vítima de
acidente motorcyclístico há 1 hora
apresenta dor e edema em antebraço
direito e joelho direito. Tórax e
abdome, livres. ECG = 15. Não
disponível de radiografia neste cor-
pore. PA = 110 x 70 mmHg

HGT = 165. Presença de lesões.

EC Regular, sem alterações, exames
médicos

LEV - RCR em 27, BNF 5/5

PR - MV em 100%, S/A

HD = Fratura joelho antebraço direito?

CD = HOF 5578,598

05/12
18

Victor Arruda
CRM 20092



RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02.V1

NOME: Wilson AraújoDATA DE NASCIMENTO: _____ P^o GISTRO: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____

1/ use latentes

Hm 110,

6,12,13m

17 NOVAGLIA 1/2 - 01
TOMAR 1/2 comprimido,
Vici, 6/6h.DATA: 5/13/12Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

MÉDICO-CRM

DATA DA
HOMOLOGAÇÃORua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió.
Recife - PE
CEP: 50920 - 640
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO

HOF 075



RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02.V1

NOME: Wilson Araújo
DATA DE NASCIMENTO: _____ REGISTRO: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____

Do Ambulatório
de Ortopedia

Im: Exatoma do
Membro Superior

DATA: 5/12/18

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

MÉDICO-CRM

DATA DA
HOMOLOGAÇÃO

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP: 50920-540
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO

HOF 075



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado WILSON ALBUQUERQUE
ou LIMA

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 90 (NOVENAS) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico FRATURA RÍMICA DIREITA

d) Tratamento CM 1 552.5

CONSUMO

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL RECIFE, 05/12/13
HOSPITAL/AMBULATÓRIO LOCALIDADE/DATA

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

Ass. do Médico – CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF