

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA ANA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000022229-2

Nr. da Autenticação 4B829FE6B6E94CC1

Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Santos, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.833.832/0001-08 | Insc. Est. 0009943-93 | www.coelpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 368 710 364-15

CLASSIFICACIÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50912-130

033326249	UNICA	25/09/2018
25/09/2018	2000138288	3972821

2278076018	08/2018
02/10/2018	25/10/2018
	245,82

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(LWH)	252,00000000	0,75282609	212,29
Acrescimo Bandeira VERMELHA			20,26
Contrib. Irm. Publica Municipal			8,88
ICMS Subvenção-COE-NF 021002132-26/09/18			1,81
ICMS Subvenção-COE-NF 028726403-26/07/18			1,73
PRO-CRMANÇA,(081)3412-8950 0800 031 8889			0,99

TOTAL DA FATURA

245.62

[illegible]

Month	Deaths	% of Total
SEP 18	262	1.1%
AUG 18	258	1.0%
JUL 18	254	1.0%
JUN 18	260	1.0%
MAY 18	278	18.0%
APR 18	364	37.2%
MAR 18	372	32.2%
FEB 18	286	11.7%
JAN 18	236	9.5%
DEC 17	340	14.3%
NOV 17	262	10.7%
OCT 17	262	10.7%
SEP 17	278	11.7%

[illegible]

ATENÇÃO: A CÉLULA DE DEMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

Comunicación de los pagos de los intereses y de energía, salidas (1)					
Vencido 2009-1	Declarado 2009-1	Valor 200-33	Vencido	Declarado	Valor

En caso de no haber pagado los intereses, se mencionará en esta casilla por qué no se han pagado, pero como pueden ser muchos los motivos, se debe de dar un número de identificación, como el de la D.E. y SERIAL.

En caso de haber pagado los intereses, se debe de dar un número de identificación, como el de la D.E. y SERIAL.

En caso de haber pagado los intereses, se debe de dar un número de identificación, como el de la D.E. y SERIAL.

As a result, the company has
improved its financial position
and is now in a position to
expand its operations in the
United States and abroad.

PROFUNDIDADE	VALOR	LIMITES	LIMITES	LIMITES
0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
0,10	1,00	1,00	1,00	1,00
0,20	1,00	1,00	1,00	1,00
0,30	1,00	1,00	1,00	1,00
0,40	1,00	1,00	1,00	1,00
0,50	1,00	1,00	1,00	1,00
0,60	1,00	1,00	1,00	1,00
0,70	1,00	1,00	1,00	1,00
0,80	1,00	1,00	1,00	1,00
0,90	1,00	1,00	1,00	1,00
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1,10	1,00	1,00	1,00	1,00
1,20	1,00	1,00	1,00	1,00
1,30	1,00	1,00	1,00	1,00
1,40	1,00	1,00	1,00	1,00
1,50	1,00	1,00	1,00	1,00
1,60	1,00	1,00	1,00	1,00
1,70	1,00	1,00	1,00	1,00
1,80	1,00	1,00	1,00	1,00
1,90	1,00	1,00	1,00	1,00
2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2,10	1,00	1,00	1,00	1,00
2,20	1,00	1,00	1,00	1,00
2,30	1,00	1,00	1,00	1,00
2,40	1,00	1,00	1,00	1,00
2,50	1,00	1,00	1,00	1,00
2,60	1,00	1,00	1,00	1,00
2,70	1,00	1,00	1,00	1,00
2,80	1,00	1,00	1,00	1,00
2,90	1,00	1,00	1,00	1,00
3,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3,10	1,00	1,00	1,00	1,00
3,20	1,00	1,00	1,00	1,00
3,30	1,00	1,00	1,00	1,00
3,40	1,00	1,00	1,00	1,00
3,50	1,00	1,00	1,00	1,00
3,60	1,00	1,00	1,00	1,00
3,70	1,00	1,00	1,00	1,00
3,80	1,00	1,00	1,00	1,00
3,90	1,00	1,00	1,00	1,00
4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4,10	1,00	1,00	1,00	1,00
4,20	1,00	1,00	1,00	1,00
4,30	1,00	1,00	1,00	1,00
4,40	1,00	1,00	1,00	1,00
4,50	1,00	1,00	1,00	1,00
4,60	1,00	1,00	1,00	1,00
4,70	1,00	1,00	1,00	1,00
4,80	1,00	1,00	1,00	1,00
4,90	1,00	1,00	1,00	1,00
5,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5,10	1,00	1,00	1,00	1,00
5,20	1,00	1,00	1,00	1,00
5,30	1,00	1,00	1,00	1,00
5,40	1,00	1,00	1,00	1,00
5,50	1,00	1,00	1,00	1,00
5,60	1,00	1,00	1,00	1,00
5,70	1,00	1,00	1,00	1,00
5,80	1,00	1,00	1,00	1,00
5,90	1,00	1,00	1,00	1,00
6,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6,10	1,00	1,00	1,00	1,00
6,20	1,00	1,00	1,00	1,00
6,30	1,00	1,00	1,00	1,00
6,40	1,00	1,00	1,00	1,00
6,50	1,00	1,00	1,00	1,00
6,60	1,00	1,00	1,00	1,00
6,70	1,00	1,00	1,00	1,00
6,80	1,00	1,00	1,00	1,00
6,90	1,00	1,00	1,00	1,00
7,00	1,00	1,00	1,00	1,00

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
JURANDI DA COSTA SILVA

CPF 749.339.144-00 NIS 16252697800

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ROSA MARIA DO NASCIMENTO 1 QD-24VILA BELA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
MonofásicoNº DA NOTA FISCAL 037357950
SERIE UNICA
1ª LEITURA 29/10/2018REPRESENTAÇÃO 29/10/2018
Nº DO CLIENTE 2016577042
Nº DA INSTALAÇÃO 5678559

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7029116665	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LEITURA
06/11/2018	28/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	42,10

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 50 kWh	30,0000000	0,1820201	5,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,31357750	21,95
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	10,0000000	0,47036625	4,70
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,18
Contrib. Ium. Pública Municipal			4,31
Multa por atraso - NF 029972869 - 14/09/18			0,92
Multa por atraso - NF 029972869 - 29/09/18			0,52
Juros por atraso - NF 029972869 - 29/09/18			0,40
Atualização IGPM - NF 029972869 - 29/09/18			0,84
TOTAL DA FATURA			42,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7029116665	CA1	27/09/2018	2.841,36	29/10/2018	2.911,36	32	1.000,00		110,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
OUT 18	110
SET 18	94
AUG 18	85
JUL 18	84
JUN 18	36
MAY 18	
ABR 18	
MAR 18	
FEB 18	
JAN 18	
DEZ 17	
NOV 17	
OUT 17	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	Valor (R\$)	%
Consumo Ativo	17,43	41,38%
Transmissão	2,12	5,06%
Distribuição (Celpe)	9,83	23,32%
Perdas de Energia	3,12	7,42%
Energia Setorial	1,44	3,42%
Tributos	1,37	3,25%
Total	35,31	83,85%

TARIFFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 50 kWh	0,1820201
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31357750
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47036625

RESERVAÇÃO FISCAL

F 15F 094B 7E7A 34E9 EB71 8BCC EATA 2F08

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de emissão desta nota fiscal, o cliente não possui débitos em aberto. O cliente é responsável por manter a conta em dia, evitando a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Caso o cliente não pague a conta no prazo estabelecido, a Companhia Energética de Pernambuco poderá suspender o fornecimento de energia elétrica, sem aviso prévio. O cliente poderá solicitar a retomada do fornecimento de energia elétrica, desde que pague o valor devido e as taxas de retomada. O cliente também poderá solicitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, desde que pague o valor devido e as taxas de suspensão. O cliente deve manter a conta em dia, evitando a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

SALDO FISCAL DEBÍTO EXISTENTE CAUSANDO JUROS				
Vencido	Valor	Vencido	Valor	Valor
04/10/18	284,318	02/10/18	284,318	11,19

Este comunicado NÃO substitui e não se trata de avisos anteriores e NÃO contém dados em discussão judicial. Caso o cliente não pague a conta no prazo estabelecido, a Companhia Energética de Pernambuco poderá suspender o fornecimento de energia elétrica, sem aviso prévio. O cliente poderá solicitar a retomada do fornecimento de energia elétrica, desde que pague o valor devido e as taxas de retomada. O cliente também poderá solicitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, desde que pague o valor devido e as taxas de suspensão. O cliente deve manter a conta em dia, evitando a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONDIÇÃO	VALOR MÍNIMO (min)	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÁXIMO
ENC	0,00	10,73	21,46	42,92
ENC	0,00	7,67	15,34	30,68
ENC	0,00	5,75	11,50	23,00

Limite ENC: 18,80. ENC: Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 15,82

Atenção! O cliente deve manter a conta em dia, evitando a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente também poderá solicitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, desde que pague o valor devido e as taxas de suspensão. O cliente deve manter a conta em dia, evitando a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

CONTA CONTRATO 7029116665 MÊS/ANO 10/2018 DATA DE VENCIMENTO 06/11/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 42,10

8380000C000-9 42100011007-6 02911666510-4 15448748503-9



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

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



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

DADOS DO CLIENTE

JURANDI DA COSTA SILVA

CPF: 749.339.144-00 NIS: 16252697800

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSA MARIA DO NASCIMENTO 1

QD- 24

VILA BELA/SERRA TALHADA
56900-000 SERRA TALHADA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

04/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

44,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

27/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
27/06/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
067718554

CONTA CONTRATO

007029116665

Nº DO CLIENTE
2016577042Nº DA INSTALAÇÃO
0005678359

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C5EA.9457.00A5.5A06.F7E6.374C.E3F5.29F2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,31724757	22,20
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	25,00	0,47587136	11,89
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,53
TOTAL DA FATURA			44,20

EXCELSOR SEGURO
01 JUL 2019
SEGURO DPVAT

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Reav	Valor
05/06/19	27/06/19	44,87
08/05/19	29/05/19	52,77

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420208
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130308

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUN 19			125
MAI 19			118
ABR 19			119
MAR 19			108
FEV 19			101
JAN 19			106
DEZ 18			103
NOV 18			108
OUT 18			110
SET 18			94
AGO 18			85
JUL 18			84
JUN 18			36

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	16,52	46,69
Transmissão	2,17	5,47
Distribuição (Celpe)	13,17	33,20
Encargos Setoriais	1,29	3,25
Tributos	4,37	9,93
Perdas de Energia	4,15	10,46
TOTAL	39,67	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	39,67	0,17	0,06	39,67	0,79	0,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000070830442	CAT	29/05/2019 3.714,00	27/06/2019 3.839,00	29	1,00000	0,00	125,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	10,73	21,46	42,92
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,78	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,66
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 20,44
Todo Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,73.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007029116665	06/2019	44,20	04/07/2019	

838400000006 442000110079 029116665104 140392158537



Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francieli da Costa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.339.144/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francieli da Costa Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.339.144/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

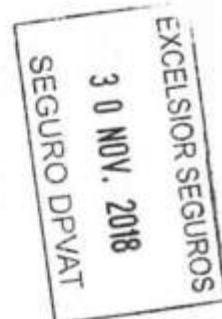
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Guerra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>87-9634-4904</u>

Guerra Talhada, 23 de 11 de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 112

Data e Hora:	01.01.18 20.09	Data Nasc.:	27/07/05	
Nome:	Janiel da Costa Silva			
Mãe:	Liana Ana dos Santos			
Profissão:	Mestre	Sexo:	M	
Estado Civil:	—		Escolaridade:	—
Responsável:	Juandry (pai)			
End. do Paciente:	Quadr. 24 lote 01			
Bairro:	U. 9º Bdg	Município:	STA	
Cartão SUS:	898 0034 0215 6336	Fone:	9943-5911	
Doc. Identidade:				
Raça/Cor:				
<input type="checkbox"/> Preto	<input type="checkbox"/> Parda			
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Indígena			

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Quem noticiou

Ru no asfalto @ 20.10

Ru no asfalto @ 20.10



Tratamento:

① 1/2L S-10

② Voltar para casa

20.30 W
Welba M. Barros de A. Souza
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 700.432

Impressão Diagnóstica:

① Estresse no xar

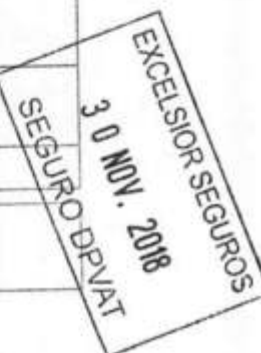
Destino do Paciente: Residência ☒ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ebenone Antônio da Silva
CPF 882.723.544-20
Médico Traumatologista



CliniK

**Endereço: Rua Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,
Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;
CEP: 56903- 440
CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992**



Relatório Médico

Informo que o Sr. Janiel da Costa Silva, de 13 anos, foi vítima de acidente de moto por queda, no dia 01/01/2018, fato ocorrido no município de Serra Talhada, na Zona urbana. Foi levado ao HOSPAM onde foi atendido pelo médico Ortopedista plantonista que diagnosticou entorse do tornozelo esquerdo e realizada imobilização com tala bota gessada.

Na avaliação clínica de sequelas constatou-se que o paciente apresenta dor no tornozelo associado a edema leve e limitação do movimento do pé, durante a extensão, de mais ou menos 30 por cento.

Encontra-se de alta definitiva do tratamento com a fisioterapia.

Serra Talhada, 18 de junho de 2019.

Atenciosamente

Ricardo Bruno S. S. e Silva

**Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva
CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.**


Dr. Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartório do Registro Civil das Pessoas
naturais do 1º Distrito - SEDE

SERRA TALHADA-PE

Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

José Anchieta de Carvalho Filho

Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais do 1º Distrito, Sede, da Comarca de Serra Talhada PE

Constância Pereira Lima

Escrevente

ANA MARIA PEREIRA DE CARVALHO RODRIGUES - Oficial Maior

JOSÉ ANCHIETA DE CARVALHO FILHO - Substituto

CONSTÂNCIA PEREIRA LIMA - Escrevente

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, sob Nº. 55.631 à fls. 238,

do Livro Nº. A-100 de Registro de Nascimentos, encontra-se o assento de

JAINIAL DA COSTA SILVA

nascido a os vinte e sete (27) de julho de dois mil e
cinco (2005), às 04:30 horas, Pronto Socorro

São José, nesta cidade

do sexo masculino filho de Jurandi da Costa Silva

e de Cícera Ana dos Santos, naturais deste Estado

Sendo avós paternos João Estevam da Silva

e dona Maria Inalva da Costa Silva

e maternos Pedro Bueno dos Santos

e dona Maria Ana da Conceição

tendo sido declarante Os genitores DN nº 22664270.

e testemunhas *****

O assento foi feito em 07 de fevereiro de 2006

Observações:



30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

O referido é verdade e dou fé.

Serra Talhada 07 de fevereiro de 2006.

José Anchieta de Carvalho Filho
Oficial do Registro Civil

**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: 3180565854

Nome do(a) Examinado(a): JAINIEL DA COSTA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ROSA MARIA DO NASCIMENTO , 1 -
QD -24 - SERRA TALHADA /PE - CEP 56912-130

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 10319210 - SDS

Data e Local do Acidente : 01/01/2018

Data e Local do Exame : 17/07/2019 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.**

ENTORSE DOM TORNOZELO ESQ

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

TRATAMENTO CONSERVADOR

EDEMA E DOR DISCRETA

ALTA EM JUNHO 2019

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

EDEMA RESIDUAL

DOR DISCRETA A MOBILIDADE

**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:**

EDEAM RESIDUAL

DOR DISCRETA A MOBILIDADE

**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

TORNOZELO ESQUERDO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

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

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

DE: ROSANA MENEZES

RUA: JOCA MAGALHÃES

661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.903.480

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

☐ AR

☐ MP



Correios

PESO (kg)

1,42

DY 30549179 0 BR



SEDEX



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565854

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do acidente: 01/01/2018

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE DOM TORNOZELO ESQ.

Descrição do exame físico: EDEMA RESIDUAL DOR DISCRETA A MOBILIDADE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR EDEMA E DOR DISCRETA ALTA EM JUNHO 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/07/2019

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 DO TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JURANDI DA COSTA SILVA

Nº Sinistro: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565854**.

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 13661176



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JURANDI DA COSTA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13663610



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JURANDI DA COSTA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERA ANA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **CICERA ANA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000022229-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Jairnel da Costa Silva

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

Nome completo: Jeremias da Costa Silva CPF: 449.339.144-00

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Maria do Nascimento 120 Número: 24 Complemento: 50m

Bairro: Vila Bela Cidade: Jejeia Valhada Estado: PE CEP: 56900-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4907

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

REDA 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: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 35574 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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: Jejeia Valhada 20-11-2018

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: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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.

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 ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Janiel da Costa Silva

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

Nome completo: Janiel da Costa Silva CPF: _____

Profissão: Estudante Endereço: Rua Maria do Nascimento 100 Número: 24 Complemento: Casa

Bairro: Pila Bela Cidade: Jezeu Salgado Estado: PE CEP: 56900-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4807

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: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 22229 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 acidente.

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 Lider 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Jezeu Salgado 13/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

EXCELSIOR SEGUROS
01 JUL. 2019
SEGURO DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267002370**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2018** às **10:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/1/2018** às **19:15**

Fato ocorrido no endereço: **AV. VILA BELA, BAIRRO VILA BELA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO (VITIMA)
JAINIEL DA COSTA SILVA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

3 0 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RITA GABRIEL DE OLIVEIRA Pai: JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 5/11/1981 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9409347/SDS/PE (RG), 70273483498 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 999742885

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 11, QUADRA 45, LOTE 11, VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JAINIEL DA COSTA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CÍCERA ANA DOS SANTOS Pai: JURANDI DA COSTA SILVA Data de Nascimento: 27/7/2005 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, QUADRA 24, LOTE 1, VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTONETA CC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MARCA ITALIKA**

POP 100 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN4332** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **454993927** Chassi: **9C2HB0210CR438109**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR, JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO, COMUNICANDO QUE POR VOLTA DAS 19H15 DO DIA 01/01/2018, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO MOTONETA, TIPO CINQUENTINHA ACIMA DESCRITO, TRAZENDO NA GARUPA O ADOLESCENTE, JAINIEL DA COSTA SILVA, NA AVENIDA VILA BELA, EM SENTIDO CONTRÁRIO VINHA A MOTOCICLETA POP 100, ACIMA QUALIFICADA, CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO, QUE APARENTEMENTE ESTAVA EMBRIAGADO E COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTONETA, CAUSANDO A QUEDA E OS FERIMENTOS DO NOTICIANTE E SEU PASSAGEIRO; QUE SÓ ACORDOU NO HOSPITAL REGIONAL AGAMENOM MAGALHÃES; QUE DEVIDO AO ACIDENTE SOFREU AMPUTAÇÃO DE UM DEDO DO PÉ ESQUERDO, ALÉM DE TRAUMAS NA CABELA E NO CORPO; QUE JAINIEL QUEBROU UM DOS PÉS; QUE SOUBE QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO TAMBÉM FORA SOCORRIDO PARA O HOSPAM. SALIENTO QUE O NOTICIANTE APRESENTOU OS BOLETINS DE EMERGÊNCIA DO HOSPAM N°S 112 E 113, DATADOS DE 01/01/2018, BEM COMO CERTIDÕES DE OCORRÊNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR N°S 013 DOP./2018 E 092 DP./2018.

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

JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ADJANIA BARROS DA SILVA**

2018.9.9



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 ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Jairnel da Costa Silva

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

Nome completo: Jeremias da Costa Silva CPF: 449.339.144-00

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Maria do Nascimento 120 Número: 24 Complemento: 50m

Bairro: Vila Bela Cidade: Jejeva Galhada Estado: PE CEP: 56900-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4907

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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 35574 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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: Jejeva Galhada 20-11-2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

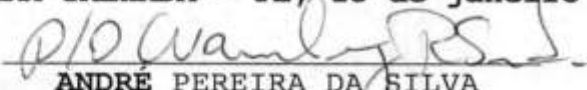
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

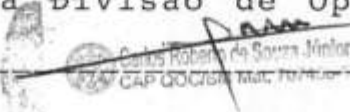
SERRA TALHADA - PE, 15 de janeiro de 2018.


ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cel BM Cmt 3º GB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 013 Dop./2018

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. **JURANDI DA COSTA SILVA**, RG 4.215.538 SDS/PE, CPF 749.339.144-00, residente à Quadra 24, Lote 1, Bairro Vila Bela, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 19h15min do dia 01 de janeiro de 2018, comandada pelo 3º SGT QBMG 1/950998-4 **HUGO AMORIM VIANA**, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS)**, sendo vitimado o senhor **JAINIEL DA COSTA SILVA**, CN 55631, o qual declarou que era passageiro de uma motocicleta. O acidente ocorreu na Av. Vila Bela, Bairro Vila Bela, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações nos membros superiores e inferiores e ferimento no membro superior direito, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. Vidal, CRM 7205, prontuário 110. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.


CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR