
Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548930

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548930

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548930

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002708**

Conta: **000007435-3**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 068.685.974-01 4 - Nome completo da vítima: Soraya Fernanda Lima da Silva

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

5 - Nome completo: Soraya Fernanda Lima da Silva 6 - CPF: 068.685.974-01
7 - Profissão: Vendedora 8 - Endereço: Rua, Delícia 9 - Número: 103 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bomba do Hemutório 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.211-140
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81)98488-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2708 013 CONTA: 00007435 3

AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido (viúva)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/viros? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0091000591**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/03/2019** às **17:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/2/2019** às **10:45**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PALMAS, 1 - Bairro: SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA / EM FRENTE A RICARDO ELETRICO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA (AUTOR \ AGENTE)
SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA

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

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDLEUSA LIMA DA SILVA Pai: FERNANDO JOSE MARTINS DA SILVA Data de Nascimento: 13/4/1987 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6941373/SDS/PE (RG), 06868597401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares: - 985944677

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA DELICIA, 103 - CEP: 55000-000 - Bairro: BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **RUA PALMAS, 153 - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTO AMARO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA TEIXEIRA Data de Nascimento: 16/3/1967 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA LUIZ CAVALCANTE LINS, 32, A - CEP: 0 - Bairro: LIBERDADE - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/CIVIC** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KIJ1914 (PERNAMBUCO/OLINDA)**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/04/19

Descrição: **PROPRIETARIO NAO INFORMADO.**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA 14/02/ 2019, SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO ,PROXIMO AO SEU LOCAL DE TRABALHA ,POR UM FLANELINHA ,QUE POR NOME JOSE BEZERRA FRAZAO TEIXEIRA , CONECIDO POR LEO , CONDUZIA UM VEICULO DE MARCA HONDA , MODELO CIVIC,PLACA KIJ 1914-OLINDA -PE, QUE CAUSOU LESAO CORPORAL NO BRACO ESQUERDO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA PELO SAMU ,PARA UPA DA IMBIRIBEIRA ,ONDE FICOU SOBRE OS CUIDADOS MEDICOS . ATRAVES DESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

Soraya Fernanda Lima da Silva

**SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IVAN FERREIRA DE LIMA** - Matrícula: **3810925**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/02/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 068.685.974-01 4 - Nome completo da vítima: Soraya Fernanda Lima da Silva

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

5 - Nome completo: Soraya Fernanda Lima da Silva 6 - CPF: 068.685.974-01
7 - Profissão: Vendedora 8 - Endereço: Rua, Delícia 9 - Número: 103 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bomba do Hemutório 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.211-140
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81)98488-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2408 013 CONTA: 00007435 3

AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido (viúva)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/viros? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	049.03.2019
DATA	22.03.2019

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **6941373** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **068.685.974-01**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-589397**, que no dia 14 de fevereiro de 2019, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito por atropelamento envolvendo automóvel, por volta das 11h50, na Rua da Palma, imediações da antiga Loja Viana Leal, no bairro Santo Antônio, Recife/PE e, sendo direcionada para a UPA Imbiribeira.
Recife, 22 de março de 2019.



Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife



Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 32548-9

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/03/19

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: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02708

CONTA: 000000007435-3

Nr. da Autenticação C3F9CEA62F2A69CB

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SOMYA FERNANDA LIMA DA SILVA,

RG nº 6.941.373, data de expedição 28/11/2001, Órgão SSS-PE,

CPF nº 068.685.974-01, 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>RUA DELICIA</u>
Número	<u>103</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>BOMBA DO HEMETEN</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>52211-170</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 98488-7131</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 01 DE ABRIL DE 13

Assinatura do Declarante:

Somya Fernanda Lima da Silva

DADOS DO CLIENTE
ROSA MARIA LIMA DA SILVA
MATRÍCULA: 60357927 - Jun/2019
R DELICIA, N. 00103 - BOMBA DO HEMETERIO RECIFE PE 52211-170
INSCRIÇÃO: 360.232.040.0605.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 060357927

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL		COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A15U085758	04/01/2019	05/02/2019	REAL	

ÁGUA:
LEIT. ANT. 154
CONSUMO: 5
LEIT. ANT. 154
LEIT. ANT. 154
HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO
12/2018 154
11/2018 146
10/2018 146
09/2018 146
08/2018 146
07/2018 146
06/2018 146
05/2018 146
04/2018 146
03/2018 146
02/2018 146
01/2018 146
12/2017 146
11/2017 146
10/2017 146
09/2017 146
08/2017 146
07/2017 146
06/2017 146
05/2017 146
04/2017 146
03/2017 146
02/2017 146
01/2017 146
12/2016 146
11/2016 146
10/2016 146
09/2016 146
08/2016 146
07/2016 146
06/2016 146
05/2016 146
04/2016 146
03/2016 146
02/2016 146
01/2016 146
12/2015 146
11/2015 146
10/2015 146
09/2015 146
08/2015 146
07/2015 146
06/2015 146
05/2015 146
04/2015 146
03/2015 146
02/2015 146
01/2015 146
12/2014 146
11/2014 146
10/2014 146
09/2014 146
08/2014 146
07/2014 146
06/2014 146
05/2014 146
04/2014 146
03/2014 146
02/2014 146
01/2014 146
12/2013 146
11/2013 146
10/2013 146
09/2013 146
08/2013 146
07/2013 146
06/2013 146
05/2013 146
04/2013 146
03/2013 146
02/2013 146
01/2013 146
12/2012 146
11/2012 146
10/2012 146
09/2012 146
08/2012 146
07/2012 146
06/2012 146
05/2012 146
04/2012 146
03/2012 146
02/2012 146
01/2012 146
12/2011 146
11/2011 146
10/2011 146
09/2011 146
08/2011 146
07/2011 146
06/2011 146
05/2011 146
04/2011 146
03/2011 146
02/2011 146
01/2011 146
12/2010 146
11/2010 146
10/2010 146
09/2010 146
08/2010 146
07/2010 146
06/2010 146
05/2010 146
04/2010 146
03/2010 146
02/2010 146
01/2010 146
12/2009 146
11/2009 146
10/2009 146
09/2009 146
08/2009 146
07/2009 146
06/2009 146
05/2009 146
04/2009 146
03/2009 146
02/2009 146
01/2009 146
12/2008 146
11/2008 146
10/2008 146
09/2008 146
08/2008 146
07/2008 146
06/2008 146
05/2008 146
04/2008 146
03/2008 146
02/2008 146
01/2008 146
12/2007 146
11/2007 146
10/2007 146
09/2007 146
08/2007 146
07/2007 146
06/2007 146
05/2007 146
04/2007 146
03/2007 146
02/2007 146
01/2007 146
12/2006 146
11/2006 146
10/2006 146
09/2006 146
08/2006 146
07/2006 146
06/2006 146
05/2006 146
04/2006 146
03/2006 146
02/2006 146
01/2006 146
12/2005 146
11/2005 146
10/2005 146
09/2005 146
08/2005 146
07/2005 146
06/2005 146
05/2005 146
04/2005 146
03/2005 146
02/2005 146
01/2005 146
12/2004 146
11/2004 146
10/2004 146
09/2004 146
08/2004 146
07/2004 146
06/2004 146
05/2004 146
04/2004 146
03/2004 146
02/2004 146
01/2004 146
12/2003 146
11/2003 146
10/2003 146
09/2003 146
08/2003 146
07/2003 146
06/2003 146
05/2003 146
04/2003 146
03/2003 146
02/2003 146
01/2003 146
12/2002 146
11/2002 146
10/2002 146
09/2002 146
08/2002 146
07/2002 146
06/2002 146
05/2002 146
04/2002 146
03/2002 146
02/2002 146
01/2002 146
12/2001 146
11/2001 146
10/2001 146
09/2001 146
08/2001 146
07/2001 146
06/2001 146
05/2001 146
04/2001 146
03/2001 146
02/2001 146
01/2001 146
12/2000 146
11/2000 146
10/2000 146
09/2000 146
08/2000 146
07/2000 146
06/2000 146
05/2000 146
04/2000 146
03/2000 146
02/2000 146

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALCIONE GOMES DA SILVA,

RG nº 4.633.938, data de expedição 28/06/2011, Órgão SSP/PE,

CPF nº 028.466.664-58, 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>AV. PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES</u>
Número	<u>473</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>VILA POPULAR</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53230-010</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 98488-7131</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 04 de ABRIL de 2019

Assinatura do Declarante: Alcione Gomes da Silva

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/04/19

celpe
Grupo Neocenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 3599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE OZIEL MARIANO DA SILVA CPF: 388.900.264-82		DATA DE VENCIMENTO 08/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 442,28		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/02/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 26/02/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 051574607		CONTA CONTRATO 000676751025 Nº DO CLIENTE 2000326531 Nº DA INSTALAÇÃO 0002132738	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV PROF AGAMENON MAGALHAES 473 VILA POPULAR/OLINDA 53230-010 OLINDA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpo.com.br		RESERVADO AO FISCO 64C0.19E2.D13D.B5B0.443B.6FC4.5ADF.E5E5					

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	573,09	0,73478653	421,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			20,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 043795637-21/12/18			0,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEI/DIR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO R\$=
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
090000003140794743	CAT	21/01/2018	2.895,00	18/02/2019	3.468,00	28	1,93000	0,00	573,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/03/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL
dez/2018					
DIC-Nº.de horas sem Energia	SAD BENEDITO	0,00	4,00	9,31	13,82
FIG-Nº.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,79
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DIICR-Quantidade de interrupção em dia crítico					Límite DIICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 107,75					
Toda Consultoria pode solicitar a aplicação das reduções de DIC, FIG, DMIC e DIICR e solicitar tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço no ponto mais perto do qual há variedades; rua no grande do sul jardim Brasil 7 8110101; se joaquim nabuco 339 711ista completa em www.celpe.com.br."

Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.sneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre autuação CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O erro, em atraso gera multa 2% (Resolução 141/2011, Art. 11, § 1º, inciso I, 14.338/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente não tem acesso à sua despesa, na suspensão de fornecimento de energia elétrica.
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 AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000676751025	02/2019	442,28	08/03/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838800000046 422800110001 876751025109 148038077532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 Alcione Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Soraya Fernanda Lima da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.685.974 01

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Soraya Fernanda Lima da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.685.974 / 01 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA - ME Renda: RECUSA - ME 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>Av. Prof. Agamenon Magalhães</u>	Número: <u>473</u>	Complemento:
Bairro: <u>Vila Popular</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53.230.010</u>	Tel. (DDD): <u>(081) 98488-7131</u>

Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/09/19

Paciente: 0000546911 SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Nascimento: 13/04/1987 31 Anos 10 Meses 1 Dia Sexo:
Atendimento: 01193222 Data Atendimento: 14/02/2019 12:12

Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA foi atendido(a)
no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000546911 e número de
atendimento 01193222 em 14/02/2019 às 12:00 apresentando o diagnóstico S500 e necessita de
03 TRES dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Dr. Rodrigo Perez
CRM 22017
Ortopedia - Traumatologia

Recife, 14 de Fevereiro de 2019

Médico: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ
CRM: 22017

Eu SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
código (CID-10) pelo médico acima assinado.

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/02/19

DATA DA ALTA - 14/02/2019 12:58:45

AG:

PESO:

IDADE: 31 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 13/04/1987

PRESTADOR ASSISTENTE: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ

DATA DE ATENDIMENTO: 14/02/2019 12:12:55

ATENDIMENTO: 1193222

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S500 - CONTUSAO DO COTOVELO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S500 - CONTUSAO DO COTOVELO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S500 - CONTUSAO DO COTOVELO

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMIENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: RADIOGRAFIA NÃO EVIENCIU ALTERAÇÕES OSTEO-ARTICULARES AGUDAS
AO EXAME FÍSICO, FICOU CONSTATADA A PRESERVAÇÃO DA MOBILIDADE DO MEMBRO
EXAME NEUROVASCULAR ÍNTEGRO
PACIENTE REFERE MELHORA APÓS MEDICAÇÕES.
DIMINUIÇÃO DO QUADRO ÁLGICO
SEM EFEITOS COLATERAIS APÓS A MEDICAÇÃO

ORIENTAÇÕES:

- TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA
- MANTER MEMBRO ELEVADO
- CRIOTERAPIA
- REPOUSO
- RETORNAR EM CASO DE DOR PERSISTENTE

KOMPAS
JL. PUSPOMUDA
RA. PP. KALIPATE "DE DEER" WATN DO PROW JAWA
MAYOR TIRU

Mr. Marcelo Silva
Esp. 14 30218 20 16818

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

LIPA IMPROBIDA.....

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Prescrição.: 1674204 Data: 14/02/2019 12:18
Usuário....: RODRIGOAMP
Atendimento: 1193222 Dt Nasc: 13/04/1987 (31a 10m 17d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 546911 - SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corpora:
Internação.: 14/02/2019 12:12 0 Dias(s) Int
Médico.....: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ - CRM 22017
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
2 TIPOIA G	1					14/02/12:18
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução
Médico: MARCELLO JCS
Data: 27/02/2019 08:26

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Prescrição.: 1674202 Data: 14/02/2019 12:17
Usuário.: RODRIGOAMP
Atendimento: 1193222 Dt Nasc: 13/04/1987 (31a 10m 17d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 546911 - SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 14/02/2019 12:12 0 Dias(a) Int
Médico.: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ - CRM 22017
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S500 CONTUSAO DO COTOVELO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1 RX COTOVELO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 306987	1					14/02 12:17

EXAMINADO
Dr. Rodrigo Amorim de Moraes Perez
C.C.O. 11.11.18 - 14.02.19

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/02/19

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

Prescrição.: 1674203 Data: 14/02/2019 12:17
Usuário....: RODRIGOAMP
Atendimento: 1193222 Dt Nasc: 13/04/1987 (31a 10m 17d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 546911 - SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 14/02/2019 12:12 0 Dias(s) Int
Médico.....: RODRIGO AMORIM DE MORAES PEREZ - CRM 22017
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 50MG - 1ML	1	AMP		IM	Agora	14/02/12:17
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)	1	FA C/100ML				
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
2 DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IM	Agora	14/02/12:17
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MÓDULO DE PRESCRIÇÃO

Dr. Marcello Silva
CRM 22017 - R.O. 1193222

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Paciente: 0000546911 SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Nascimento: 13/04/1987 31 Anos 10 Meses 1 Dia Sexo:
Atendimento: 01193222 Data Atendimento: 14/02/2019 12:12

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO ORAL

CETOPROFENO 100mg ----- 1 caixa

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

DIPIRONA 1G ----- 1 CAIXA

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6H, SE DOR

Rodrigo Perez
CRM 22017
Traumatologia

Recife, 14 de Fevereiro de 2019

Médico: RODRIGO AMORIM DE MORAES
CRM: PEREZ
22017

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/02/19

Relatório Médico de Alta



Nome: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
Reg.: 629861 Pront.: 1163713
Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 13/04/1987
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 31
Admissão: 28/02/2019 20:43 Alta: 09/03/2019 12:41

Admissão:

PACIENTE COM FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO, POR ATROPELAMENTO, HÁ CERCA DE 15 DIAS APRESENTA DÉFICIT DE EXTENSÃO DE PUNHO, MÃO E DEDOS, CONFIGURANDO NEUROPAXIA DO NERVO RADIAL.

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade

ENFERMARIA SÃO LUIZ

Admissão

28/02/2019 20:43

Alta/Transferência

09/03/2019 12:41

Tempo

9 dia(s)

Orientação:

- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA, AS 07:00H (MARCAR ANTES);
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRÚRGICA;
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPB;
- 5) REALIZAR RAIOS-X, AGENDAR E REALIZAR ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável:
CRM:

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgião de Mão
Traumatismo Ortopedia
(RM 17.884) SGT 13.576

KOTE SEGURO:
Erica Araujo
24/03/19



Santa Casa de Misericórdia do Recife
HOSPITAL SANTO AMARO

NOME: SORAYA FERNANDA

RECEITUÁRIO MÉDICO

1) ETNA comp. ----- USO POR 3 MESES

Tomar 1 cp pela manhã e outro a noite

Leonardo Pinheiro
Cirurgião de Mãos
CRM 17.884/00013.676

LEONARDO PINHEIRO
Cirurgião de Mãos
CRM 17.884

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19.

Av. Cruz Cabugá, 1563 – Santo Amaro – Recife/PE

PABX: 3412-3800

to turn
to off



2a VIA - PACIENTE

Leonardo Pinheiro
CURSÃO DE MÃO
Cem: 17.02/2007

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: G563+S423

Recife, 09/03/2019

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgião de Mão
Traumato. Ortopedia
CRM 17.884 - SBO 13.576

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
24/09/19

Fundação Manoel da Silva Almeida

Mantenedora
Casa de Saúde Maria Lucinda
Hospital Infantil Manoel da Silva Almeida

SOMYA FERNANDA LIMA
da SILVA

Paciente c/ Fratura
de úmero Esquerdo c/
NEUROPRAXIA(??) DO N. RADIAL

NECESSITA DE ACOMPANHAMEN-
TO AMBULATORIAL P/ AV.
DA Fratura e DA LERAS DO
NERVO RADIAL

18/02/2019

Dr. Henrique Malheiros Jr.
Mat. 229.932-1
Traumato - Ortopedia
R. 01. 911

Dr. Henrique Malheiros Jr.
Mat. 229.932-1
Traumato - Ortopedia
R. 01. 911

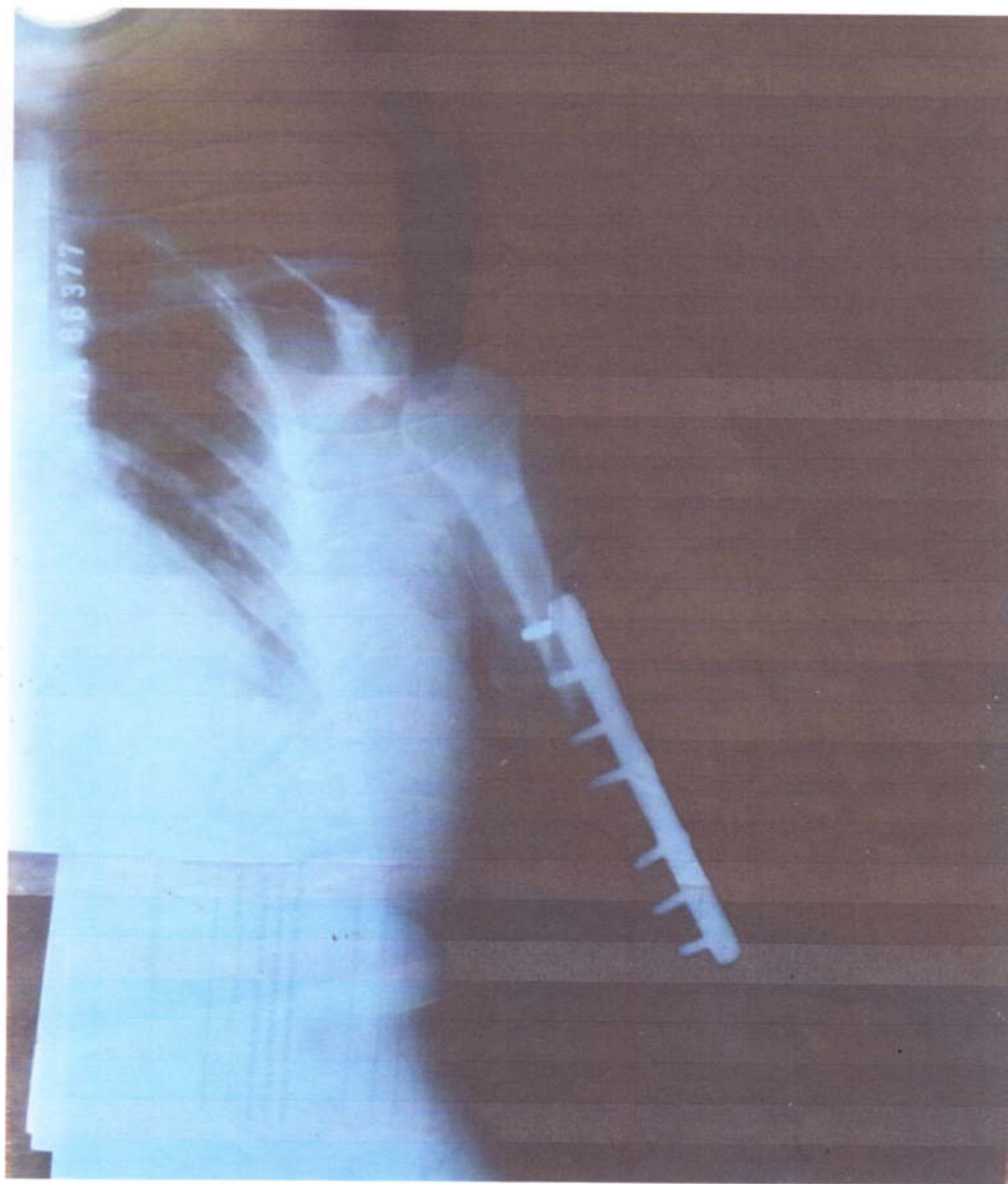
Av. Parnamirim, 95 - CEP 52060-000 - Recife - PE - Fone: (81) 3267.4200

Cód. 450 - 12/2018 - 100 Blocos 100x1 - AGR Gráfica e Editora Ltda.

Mat. 229.932-1

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/09/19





11-22-19
Sandy's House

11-22-19
Sandy's House



F2. Group
Famulus
Kunigle
Labry

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

340-02



POLEGAR DIREITO



Porcup. Sumanda Leima da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

6.941.373

DATA DE
EXPEDIÇÃO 28/11/2001

NOME SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

FILIAÇÃO FERNANDO JOSÉ MARTINS DA SILVA

EDLEUSA LIMA DA SILVA

NATURALIDADE

RECIFE

PE

DATA DE NASCIMENTO

13/04/1987

DOC ORIGEM

CN.85.753-L.73-A-F.107-CAI 13ª ZONA RECIFE-PE-23.04.87

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

068.685.974-01

Nome

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

Nascimento

13/04/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: VENDE DORA
portador(a) do RG nº.: 6.941.373, órgão expedidor: SDS-PE, inscrito (a)
no CPF sob o nº.: 068.685.974-01, residente na
RUA DELICIA Nº 103 - BOMBA DO HEMETARIO
cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP: 52211-170
telefone: (81) 98488-7131 / _____ / _____
email: _____

OUTORGADOS: FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. ERLON ALBUQUERQUE GOMES, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas à Lider DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Olinda, 01 de Abri de 2019. 2 F APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE


SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROTEÇÃO

Eu, ADRIANA LINDO DA SILVA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 05.802.494/0001-41, residente e domiciliada na Rua da Aurora, nº 175, SL 802 BL C, Boa Vista - CEP: 50.060-010, Recife - PE, por meio do presente instrumento, declaro que sou proprietária do veículo de placa PE 05802494, modelo FIAT, ano 2019, cor PRATA, e que o mesmo encontra-se em nome de ADRIANA LINDO DA SILVA, inscrita no CPF nº 05.802.494/0001-41, e que o mesmo encontra-se em nome de ADRIANA LINDO DA SILVA, inscrita no CPF nº 05.802.494/0001-41, e que o mesmo encontra-se em nome de ADRIANA LINDO DA SILVA, inscrita no CPF nº 05.802.494/0001-41.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 802 BL C,

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Cartório de Registro Civil
15º Distrito - Arruda

RECONHECIMENTO DE ASSINATURA E FÉRMENOS DE
SILVIA RARINE LINDO DA SILVA
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 1 de abril de 2019. Em test.
da verdade,
SILVIA RARINE LINDO DA SILVA (ESCRIVENTE
AUTORIZADA)

Emol: R\$ 3,59 TSAR: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo
0074617-VOL03201901-00737 (15:11:53)
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/seledigital.

15º DISTRITO
ARRUDA

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

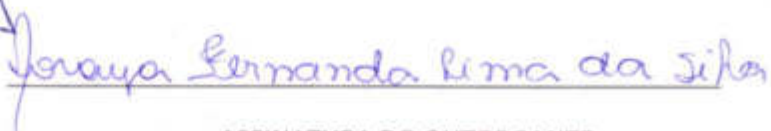
OUTORGANTE: SOMAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRA, profissão: VENDEDORA
portador(a) do RG nº.: 6.941.373, órgão expedidor: SDS-PE inscrito (a)
no CPF sob o nº.: 068.685.974-01, residente na
RUA DELICIA Nº 103 - BOMBA DO HEMETAL
cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP: 52211-170
telefone: 181) 98488-7131 / _____ / _____
email: _____

OUTORGADOS: **FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO**, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ALCIONE GOMES DA SILVA**, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 03 de Abril de 2029.



Somaya Fernanda Lima da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
21/09/19


Cartório de Registro Civil

15º Distrito Judiciário - Arruda
 Fon: (011) 3449-1001 - e-mail: 15cartorio@tjpe.jus.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA INDICADA DE
 SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA
 lançada em minha presença. Dou fé.
 Recife, 1 de abril de 2019. Em test. _____
 da verdade.

SILVIA RARINE LINDOSO DUARTE (ESCREVENTE
 AUTORIZADA)

Emol.: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
 Válido somente com o selo
 0074617.QXR03201901.00738 (15:11:53)
 Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital.




KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 5/10/2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141509/19

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

CPF: 068.685.974-01

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 14/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA : 068.685.974-01

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: 26/04/2019
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330621/19

Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

CPF: 068.685.974-01

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 14/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA : 068.685.974-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548930 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SORAYA FERNANDA LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DIAFISÁRIO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO OMBRO A CERCA DE 130 GRAUS, ABDUÇÃO A 140 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/10/2019

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 EM OMBRO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190548930
Nome do(a) Examinado(a): Soraya Fernanda Lima da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Delicia103, S/N
Bomba do Hemeterio Recife PE CEP: 52211-170
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / PE] 08967800076
Data local do acidente: [14/02/2019]
Data local do exame: [03/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE UMEROS DIAPHRAGMÁTICO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA COM CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO OMBRO A CERCA DE 130 GRAUS, ABDUÇÃO A 140 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA LEVE.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO LEVE DE OMBRO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742