

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:

4 - Nome completo da vítima:

— 11 —

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

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

5 - Nome completo:

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

116.001.334-95

7 - Profissão:

POLOAR

8 - Endereço:

NOVA BOMBA

9 - Número:

215

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BOMBA

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.903-080

15 - E-mail:

87.99998.1477

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

0

CONTA:

1004130

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

SIERRA TALHADA-PE 27/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESECBOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003070**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **12:30****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **13/5/2019** às **08:20**Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR-232, KM 410 - SÃO CRISTÓVÃO** - Bairro: **CENTRO** - **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS (TESTEMUNHA)
ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES (VÍTIMA)
THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**

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

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA** Pai: **JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS** Data de Nascimento: **12/1/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8942781/SDS/PE (RG), 11600133495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 99479537**Endereço Residencial: **RUA MANOEL TOME DE SOUZA, 215 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL****ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS** Pai: **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS** Data de Nascimento: **16/5/2016** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **RUA MANOEL TOME DE SOUZA, 215 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL****RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA PENHA SOARES CALDAS** Pai: **ROSILDO ALVES DE CALDAS** Data de Nascimento: **12/10/1992** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08709325433 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 96231438**Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

04 SET 2019

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** /
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMA9199** (PERNAMBUCO/SEIRA TALHADA) Renavam: **164665749** Chassi: **9C2KC15109R107454**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, COMUNICANDO QUE VINHA DE GARUPA, JUNTAMENTE COM SEU FILHO ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES, EM UMA MOTOCICLETA, CONDUZIDA PELA PESSOA DE RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS, QUANDO O MESMO AO REALIZAR UMA MANOBRA PROIBIDA, FOI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA EM QUE A VÍTIMA ESTAVA. AS VÍTIMAS CAIRAM AO SOLO E SOFRERAM FRATURAS, O MENOR FRATUROU A PERNA DIREITA E A PESSOA DE THAIS FRATUROU A TÍBIA E A FÍBULA DA PERNA DIREITA E O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORIAÇÕES. AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS AO HOSPAM. SEM MAIS NADA A TRATAR ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Thais Thesly Ferreira dos Santos
THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **IVANETE LOPES DA SILVA MAT. 220.890-3** - Matrícula: **220890-3**



04 SET 2019

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:

4 - Nome completo da vítima:

— 11 —

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

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

5 - Nome completo:

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

116.001.334-95

7 - Profissão:

POLOAR

8 - Endereço:

NOVA BOMBA

9 - Número:

215

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BOMBA

12 - Cidade:

SIERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.903-080

15 - E-mail:

87.99998.1477

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

0

CONTA:

1004130

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 nascituro (vai nascer)?

☐ Sim
☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim
☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

SIERRA TALHADA-PE 27/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

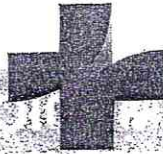
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 75

Data: 13-05-18	Horário: 09:42h
Nome: Arthur Pietro Ferreira Soares	Profissão: menor
Nome Social:	Estado Civil:
Nascimento: 10-05-16	Sexo: masc.
Escolaridade:	Responsável: Dinado
Mãe: Lúcia Tereza Ferreira dos Santos	
Endereço: Rua Manoel Stange, 511	
Bairro: S. Cristóvão	Município: ST/PE
Cartão SUS:	RG/GPF:
Raça/Cor:	
<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela
<input type="checkbox"/> Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Situação/Queixa:

torção perna @ HA LV, ACIDEN-
TE MOTO

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DR, EDMA LAMITA CT

Tratamento:

Rx Perna @ APF
TAA / ANALGÉSICO
A SAO VICENTE P/ TTO CR

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. TTBIA @

Carimbo e Assinatura:

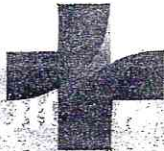
Pedro Aureliano Amador de Carvalho
CRM 10300 CRMBR 18179

04 SET 2019

paciente em lista de espera - no



Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

09:42h

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 75

Data: 13-05-19	Horário:
Nome: Arthur Diogo Ferreira Soares	Profissão: menor
Nome Social:	
Nascimento: 10-05-16	Sexo: masc.
Escolaridade:	Responsável: Dinato
Mãe: Thais Thesly Ferreira dos Santos	
Endereço: Rua Manoel Gomes da Silva	
Bairro: S. Cristóvão	Município: S. PE Fone: 9645-5287
Cartão SUS:	RG/CPF:
Raça/Cor:	Branca Preta Parda Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

torção perna @ HA 2LT, ACIDEN-
TE MOPO

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DR, EDENAL LAMITA CT

Tratamento:

Rx Perna @ APF
TAA / ANALGÉSIA
A SAO VICENTE P/ TIO CR

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. TTBIA @

Carimbo e Assinatura:

Pedro Aureliano Aguiar de Carvalho
CRM 100561/BA 19179

04 SET 2019

paciente em lista de espera - CR

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000001004130-9

Nr. Autenticação

BRADESCO2510201905000000000023700586000001004130168750 PAGO

NOTA FISCAL • FATURA • Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005945-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NOVA BOMBA 215

CPF 764 235 144-53 NIS 12632850610

BOMBA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-080

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
054295204	ÚNICA	15/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/03/2019	2010922057	3883282

CONTA CONTRATO MESIANO
7004570531 03/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
22/03/2019 12/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 53,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh			
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	30,0000000	0,18633510	5,60
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,0000000	0,32046018	22,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal	40,0000000	0,48069027	19,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 042834804-17/12/18			4,31
Multa por atraso-NF 046745393-15/01/19			0,49
Juros por atraso-NF 046745393-15/01/19			0,85
			0,39

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
R09723	CAT	13/06/2018	27 526,00	15/03/2018	27 666,00	30	1,00000		140,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh	Consumo (kWh)
Mar18	140
Apr18	140
Maio18	140
Jun18	142
Jul18	131
Ago18	148
Sep18	154
Out18	154
Nov18	144
Dez18	134
Jan19	144
Fev19	140
Mar19	129

INFORMAÇÕES DE IMPOSTO

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	47,25	1,01	0,47
COFINS	47,25	4,25	2,21

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	20,66	43,73%
Transmissão	3,08	6,48%
Distribuição (Culpe)	14,29	30,24%
Perdas de Energia	4,48	9,50%
Energias Soterrâneas	2,07	4,38%
Tributos	2,50	5,27%
Total	47,25	100%

TARIFAS APLICÁVEIS

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,17C/28800
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,30C/22600
 Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh: 0,45C/33600

RESERVATÓRIO DE USO

4867 5311 4867

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido 20/02/19	D/debitado 15/03/19	Valor 57,66	Vencido	D/debitado
---------------------	------------------------	----------------	---------	------------

Este comunicado NÃO substitui avisos de clientes anteriores e NÃO contempla situações em outras são judiciais. Caso a suspensão do fornecimento por parte por duas dígitos do tabelar, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança contrária em milhões definidos no Art. 98 REJA 41 (Atual). Podem ocorrer ajustes de cobrança, bem como inclusão nos registros da restrição de crédito SPC e SERASA.

As conexões geram de
a conexão (Resolução ANEEL
414/2010), tarifas, os custos,
serviços prestados e tributos do
encargando a disponibilidade, para
consulta, em nos nos unidades de
atendimento e no site
www.celso.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
CONDIÇÃO	TEMPO DE APLICAÇÃO	LIMITE MINIMAL	LIMITE TRANSITORIAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)



MARIA DE LOURDES MELO LIMA

RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
073102422	ÚNICA	13/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/08/2019	2000530115	3660341

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	163.84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171,0000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 065393255-11/06/19			1,15
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

163 84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
180754	CAT	11/07/2019	8.250,00	13/08/2019	8.421,00	33	1,00000		171,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano	kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
AGO 19	171					Geração de Energia	R\$ 46,08 34,88%
JUL 19	169		ICMS	138,57 25,00	34,84	Transmissão	R\$ 4,82 3,48%
JUN 19	170		PIS	138,57 0,74	1,02	Distribuição (Celpo)	R\$ 29,23 21,00%
MAI 19	208		COFINS	138,57 3,42	4,73	Perdas de Energia	R\$ 9,21 6,85%
ABR 19	193					Encargos Setoriais	R\$ 5,86 4,35%
MAR 19	229					Tributos	R\$ 40,38 29,15%
FEV 19	240					Total	R\$ 138,57 100%
JAN 19	219						
DEZ 18	232						
NOV 18	242						
OUT 18	246						
SET 18	182						
AGO 18	182						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

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.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR ANUAL Anos/ano	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					MÍNIMO	MÁXIMO
DIG	0,00	5,43	10,86	21,73		
FIC	0,00	3,30	6,60	13,20		
DMIC	0,00	3,11	0,00	0,00		
Limite DICRI: 12,22				EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 51,02		

NÃO POR EM UO
 DO CADA UNO Nº 000002

Limite DiCRT: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 51,02

AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL
DESPACHO ICMB-RF Nº 040/2012
GCMV DO

04 SET 2019



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)

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.001.334 / 95

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>523</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima

Assinatura do Declarante

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

Eu, RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS

RG nº 8.422.044, data de expedição 09/02/2010

Órgão ", portador do CPF nº 087.093.254-33

com domicílio na cidade de SERRA TALHADA-PE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

VILA MILITAR COMAR, nº 61

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES, cujo o condutor era

RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CB 150 Ano: 2009

Placa: AMA-9199 Chassi: 9C2KC15104RTO7454

Data do Acidente: 13/05/2019

Local e Data: SERRA TALHADA-PE 10/09/2019



x Renato Gabriel Soares de Caldas

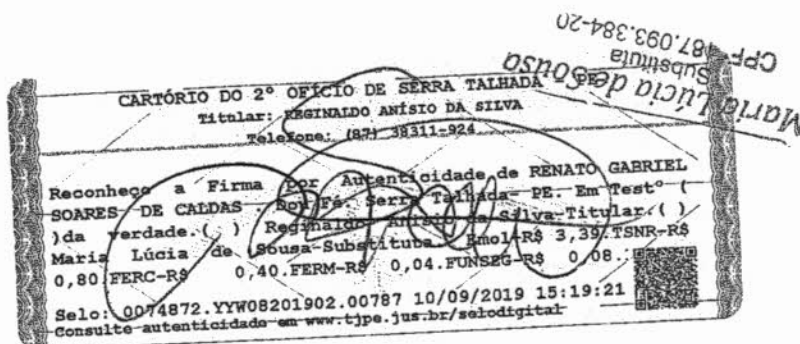
Assinatura do Declarante

x Renato Gabriel Soares de Caldas

Assinatura do Condutor

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

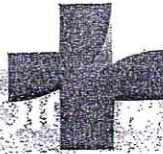
11 SET 2019



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA								Nº: 75
Data: 13-05-18	Nome: Arthur Pietro Ferreira Soares						Hora: 09:42h	
Nome Social:	Profissão: menor							
Nascimento: 10-05-16	Sexo: masc.	Estado Civil:						
Escolaridade:	Responsável: Dinado							
Mãe: Lúcia Tereza Ferreira dos Santos								
Endereço: Rua Manoel Stange da Silva								
Bairro: S. Cristóvão	Município: ST. PE	Fone: 0845-5281						
Cartão SUS:	RG/GPR:							
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO <input type="checkbox"/> VERMELHO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL								
Situação/Queixa: trauma ferida @ HA LV, ACIDEN- TE MOTO								
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:		
Medicações em uso:								
Intolerâncias/Alergias:								
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:				

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: DR, EDMA e LUMINA CT	
Tratamento: Rx ferida @ APF TBA / ANALGIA A SAU VCONT P/ TTD CR URG Pedro Aurelio Amador de Carvalho CRP 10300 CRM BA 78179	
Hipótese Diagnóstica: FRAT. TTBIA @	Carimbo e Assinatura: 04 SET 2019

paciente em lista de espera - no



Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

09:42h

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 75

Data: 13-05-19	Horas: 09:42h
Nome: Arthur Diogo Ferreira Soares	Profissão: menor
Nome Social:	
Nascimento: 10-05-16	Sexo: masc.
Escolaridade:	Responsável: Dinato
Mãe: Thais Thesly Ferreira dos Santos	
Endereço: Rua Manoel Gomes da Silva	
Bairro: S. Bento	Município: S. PE Fone: 9645-5287
Cartão SUS:	RG/CPF:
Raça/Cor:	Branca Preta Parda Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

torção perna @ HA 2LT, ACIDEN-
TE MOPO

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DR, EDENAL LAMITA CT

Tratamento:

Rx Perna @ APF
TAA / ANALGÉSIA
A SAO VICENTE P/ TIO CR

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. TTBIA @

Carimbo e Assinatura:

Pedro Aureliano Aguiar de Carvalho
CRM 100561/BA-19179

04 SET 2019

paciente em lista de espera - CR

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Paciente, 3 anos, vítima de acidente com motocicleta em 13/05/2019, no município de Serra Talhada-PE. Após exame de imagem foi constatada fratura em tibia direita. Realizou cirurgia para osteosíntese no Hospital São Francisco dia 14/07/2019.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em perna direita, dificuldade e limitação para realizar movimentos rápidos, como correr.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades escolares.

SERRA TALHADA, 24 DE SETEMBRO 2019.

Dra. Tamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.616

MÉDICA

25 SET 2019

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA		CLINICA CIRURGICA	
Rua Vereador Silvano Cordeiro, 384 - AA88 - Serra Talhada - PE Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110 CNPJ: 41.095.563/0001-99 - email: cef184@hotmail.com		Data do Nascimento: 15/05/2019	
Estado Civil: SOLTEIRO(A)		Profissão: DE MENOR	
Naturalidade:		Sexo: FEMININO	
Idade: 2 Anos, 11 Meses		Cor: PARDA	
FILIAÇÃO: Pat: RENATO GABRIEL SOARES DE CALDA Mãe: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS			
Endereço: RUA NOVA BOMBA Nº 215			
Bairro: BOMBA			
Cidade: SERRA TALHADA			
Estado: PE			
Telefone:			
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trabalho []			
Outros Acidentes []			
Agressão []			
Suicídio []			
Casual []			
Outros []			
Nome do Acompanhante:			
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAMES FISICOS			
Trauma forte @, uma abertura			
Morte, clor, vermelha e úmida			
cas função na			
Diagnóstico Inicial:			
FAST - T2B2A @			
SAD.T			
Diagnóstico Final			
FAST - T2B2A @			
Data do Atendimento: 15/05/2019			
Hora:			
Obito em []			
Obito+48h []			
Piorado []			
Inalterado []			
Melhorado []			
Decisão Médica []			
Alta a Pedido []			
Transferência []			
Evasão []			
Indisciplina []			
CRM: 10558 - RRM-BA-16119			
Médico Responsável			
Data do Internamento: 15/05/2019			
Data da Alta: 16/5/19			
Pedro Alexandre Amorim de Carvalho			
Traumato - Ortopedia			

Assinatura do Cirurgião

Pedro Aureliano Amador de Araújo
CRM 16558 CRM-BA
Tramitei - Otorrinolaringologia

- ⑥ CURATIVO + TAMPADO
- ⑤ Fixação q fios R
- ④ Reparo de cicatriz
- ③ Abcise carter comest
- ② Abcise carter comest
- ① Pate em DBH

CIRURGICA		Evolução Clínica	
1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiista:	
Início:	Término:	Nº do Procedimento:	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

4 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NUMERO DO DOCUMENTO
C N 0 7 4 7 J 6 0 J 5 5

NOME ATEND.
Guina

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 9 8 0 0 5 J J 3 2 J 2 8 8 3

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE
Arthur Pietro Ferreira Soares

10 - DATA DE NASCIMENTO
16/05/2016

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Thais Thesly Ferreira dos Santos

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA, BAIRRO)
Rua Maria Bombril - 215 Bombril

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Serra Talhada

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17 - UF

PE

18 - CEP

55903080

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRAUMA DE MÃO DIREITA, NOS ACIDENTE MOTO, EL ELI, CEFALA E LAMITAÇÃO FUNCIONAL

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX / EX. TIBIA

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRAT. TIBIA (D)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S.8201

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TIPO CIRURGICO

ORTOPEdia URGENTE

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408.05.095-1

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE ASSISTENTE

Pedro Aureliano Amaral de Carvalho
Traumato. Ortopedia
CRM: 16558 CRM-BA-10478

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14.5.19

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Fr...
CRM: 3382

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Jose Roberto Vitor Santos

Médico Autorizado

CRM: 340824-00

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

10/7/19

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910748097-9

MOTIVO DA ALTA:

melhorado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

Curativo

DATA DA INTERNAÇÃO:

15/05/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES

MATRÍCULA:

074716 01 55 2016 1 00135 016 0068881 15

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Dezesseis de maio de dois mil e dezesseis.	16	05	2016

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO *
16h00min	Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Serra Talhada - ESTADO DE PERNAMBUCO	CASA DE SAÚDE CLOTILDE SOUTO MAIOR	Masculin o

FILIAÇÃO

RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS, natural de SERRA TALHADA - PE e THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, natural de ITAQUERA - SP

AVÓS

ROSILDO ALVES DE CALDAS e MARIA DA PENHA SOARES CALDAS e JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS e MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Não	Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)	NÚMERO DA DNV
Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis.	30-72018466-7

OBSERVAÇÕES - AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-135, à folha 16 sob o nº 68881. Data do registro: 31 de maio de 2016. Data de nascimento do registrado: 16 de maio de 2016. Não constam averbações à margem do termo.

Inscrito (a) no CPF sob o nº 138.315.584-42 conforme Instrução Normativa RFB n 1548/15.

Nome do ofício
Serviço de Registro Civil 1º Ofício
Oficial registrador
Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues
Município UF
Serra Talhada

Endereço
Rua Enoch Ignácio de Oliveira, 906

Email: cartoriosat@hotmail.com

Selo: 0074716.AQK05201601.00128 -
www.tjpe.jus.br/selodigital."

Ato gratuito

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Serra Talhada, 31 de maio de 2016.

Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues
OFICIALA

Consulte autenticidade em

04 SET 2019

ARPENBRASIL 11 000070710 DDD

13/09/19 Acidente

9.9947-9532 *informe de acidente*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

10H-02

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Thair Freire dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

04 SET 2019

13/05/19 Arizondo

9..9947-9537

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	8.942.781
DATA DE EMISSÃO	02/02/2010
NOME << THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS >>	
FILIAÇÃO << JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS >> << MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA >>	
NATURALIDADE ITAQUERA - SP	DATA DE NASCIMENTO 12/01/1995
DOC ORIGEM << CN.66085 L.A134 F.107 CART. GUAIANASES-SP 11.05.1995 >>	
CPF	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29.06.83	

04 SET 2019

**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

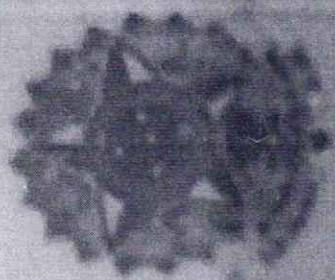
116.001.334-95

Nome

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento

12/01/1995



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1482661245	NOME GEORGE CARLOS MELO LIMA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 5840550 SSP PE	
	CPF 008.475.324-29	DATA NASCIMENTO 03/05/1978
	FILIAÇÃO GILBERTO CARLOS DE LIM A MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA	
	PERMISSÃO <input checked="" type="checkbox"/>	ACC <input checked="" type="checkbox"/>
CAT. HAB. AB		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1482661245	Nº REGISTRO 02136855400	VALIDADE 30/06/2022
	1ª HABILITAÇÃO 18/12/2001	
	OBSERVAÇÕES EAR CMTX	
	ASSINATURA DO PORTADOR <i>George Carlos Melo Lima</i>	
	LOCAL SERRA TALHADA, PE	DATA EMISSÃO 24/07/2017
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Charles Andrews Sousa Ribeiro</i> Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente		
23610552568 PE079966268		
PERNAMBUCO		

04 SET 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2, ANEXO P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (ANEXO1 P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2, ANEXO P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (ANEXO1 P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AUTONOMA, portador(a) do RG 8942.781, órgão expedidor SPS-PE
e do CPF: 116.001.334.95, residente no(a) 116.001.334.95
nº 215, bairro: BOMBA, município: SERRA TALHADA I. PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP-PE
e do CPF: 008.495.334-39, residente no(a) ANTONIO TOME DE SOUZA
nº 593, bairro: SÃO CRISTOVA, município: SERRA TALHADA I. PE

PODERES: pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES
CPF: 111 data do acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: SERRA TALHADA - PE, 02.07.19

Thais Thesly Ferreira dos Santos
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS. Deu Fe. Serra Talhada- PE. Em Testº () da verdade () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia de Sousa-Substituta.
Emol-R\$ 3,39.TSNR-R\$ 0,80.FERC-R\$ 0,40.FI
Selo: 0074872.UXK06201902.03324 02/07/2019 15:31:05
Constitui autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

04 SET 2019

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516223 Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516223 Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

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



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516223 Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
--------------------------------	--

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



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **00000586-0**

Conta: **000001004130-9**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFORMIDADE EM VARO, EDEMA EM TORNOZELO E DEFICIT DISCRETO DE MOBILIDADE MID.

Resultados terapêuticos: CIRÚRGICO NO TORNOZELO. COMPLICAÇÃO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EDEMA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

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 DO TORNOZELO DIREITO, 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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: 3190516223
Nome do(a) Examinado(a): Arthur Pietro Ferreira Soares
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nova Bomba, 215
Sao Cristovao Serra Talhada PE CEP: 56903-080
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8942781
Data local do acidente: [13/05/2019]
Data local do exame: [18/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE PERNA DIREITA

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

Tratamento: CIRURGICO NO TORNOZELO
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
EDEMA EM TORNOZELO
DEFORMIDADE EM VARO
Data da Alta: 05/08/2019

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

CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DEFORMIDADE EM VARO
EDEMA EM TORNOZELO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DEFICIT DESCRETO DE MOBILIDADE MID

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 (*).

☐ () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


Dr. Ebenone Baião
CRM:15122
TEOT:10541
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA