

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180592113

Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Data do Acidente: 21/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

104.802.454-79

Nome completo da vítima:

CLEITON EVAIR JOSÉ DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/201

Nome completo:

CLEITON EVAIR JOSÉ DE LIMA

CPF:

104.802.454-7

Profissão:

VENDEDOR

Endereço:

BELA VISTA

Número:

403

Bairro:

Alto Bom Jesus

Cidade:

SERRA TALHADA

Estado:

PE

CEP:

56906-130

E-mail:

Tel.(DDD):

87.9.999.8.14

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

CONTA: 39528

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ 2011

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vel nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cleiton Evair José de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.
AGULHO CARVALHO PRODUTOS FARMAC
RUA ENOC INICIO DE OLIVEIRA, 652
Term Net-Iso 00016474 Data 21/11/2018
Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac: 00586 - SERRA TALHADA
PACB 076 - FARMACIA TUPAN

Agencia 00586-SERRA TALHADA
Conta 0000000039528-1
Nome CLEITON EURIR JOSE DE LIMA
Data 21/11/2018
Modalidade 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta: Conta Corrente

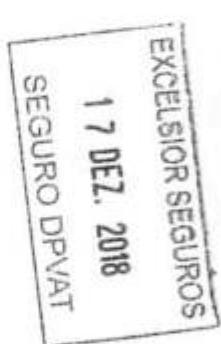
Adesao ao Programa de Beneficios N

NSU BANCO: 002100810836
HORA : 10:55:13

Sujeito a Confirmeacao do Banco

OLVIDORIA BRADESCO
0800 722 9933

NSU Rede 922044 Hora Rede: 10:55:13



0453974 / 18



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004282**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às 14:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/9/2018** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUINZE, 1** - Bairro: **COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A TUPAN**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **CLEONICE ALVES DE LIMA** Pai: **SEBASTIÃO JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **20/4/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8840817/SDS/PE (RG), 10480245479 (CPF), 05591182011 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 087996138023**

Endereço Residencial: **RUA BELA VISTA, 402 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEB0462** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **1072968034** Chassi: **9C2ND1110FR018995**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE SEBASTIAO JOSE DE LIMA**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. CLEITON PARA COMUNICAR QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA, ENQUANTO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA DESCrita PELA RUA QUINZE, NESTA URBE, UM VEÍCULO DE COR PRETA INVADIU A SUA MÃO DE DIREÇÃO; QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO; QUE FOI ARREMESSADO E COM O IMPACTO FRATUROU O DEDO DO PÉ ESQUERDO E SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO; A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPAm PELO MÉDICO ÉNIO K. DE CARVALHO, CRM 15926, CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA N° 153. ESSE REGISTRO VISA GARANTIR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO.

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

**CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**



0453974 / 18



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004282**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às 14:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/9/2018** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUINZE, 1** - Bairro: **COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A TUPAN**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **CLEONICE ALVES DE LIMA** Pai: **SEBASTIÃO JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **20/4/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8840817/SDS/PE (RG), 10480245479 (CPF), 05591182011 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 087996138023**

Endereço Residencial: **RUA BELA VISTA, 402 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEB0462** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **1072968034** Chassi: **9C2ND1110FR018995**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE SEBASTIAO JOSE DE LIMA**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. CLEITON PARA COMUNICAR QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA, ENQUANTO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA DESCrita PELA RUA QUINZE, NESTA URBE, UM VEÍCULO DE COR PRETA INVADIU A SUA MÃO DE DIREÇÃO; QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO; QUE FOI ARREMESSADO E COM O IMPACTO FRATUROU O DEDO DO PÉ ESQUERDO E SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO; A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPAm PELO MÉDICO ÉNIO K. DE CARVALHO, CRM 15926, CONFORME BOLETIM DE EMERGÊNCIA N° 153. ESSE REGISTRO VISA GARANTIR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO.

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

**CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

104.802.454-79

Nome completo da vítima:

CLEITON EVAIR JOSÉ DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Cleiton Evair José de Lima

CPF:

104.802.454-79

Profissão:

VENDEDOR

Endereço:

BELA VISTA

Número:

403

Bairro:

Alto Bom Jesus

Cidade:

SERRA TALHADA

Estado:

PE

CEP:

56906-130

E-mail:

Tel.(DDD):

87.9.9998.142

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 586

CONTA: 39528

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____
Falecidos: _____

Vítima deixou
nascituro (vel/nasc.)? Sim Não

Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cleiton Evair José de Lima

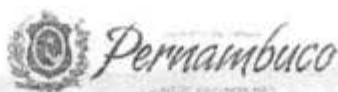
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ 2012



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 153

| | | | | | |
|---------------|----------------------------|------------|---------------------|---------|-------------|
| Data: | 21.09.18 | Hora: | 09:44 | | |
| Nome: | Clinton Euair José de Lima | | | | |
| Nome Social: | | | | | |
| Nascimento: | 20.04.93 | Sexo: | M | | |
| Escolaridade: | medio | | | | |
| Mãe: | Clarisse Alves de Lima | | | | |
| Endereço: | A - Bela Vista 101 | | | | |
| Bairro: | Bom Jesus | Município: | S. Lourenço da Mata | | |
| Cartão SUS: | | | | RG/CPF: | 42860000082 |
| Raça/Cor: | Branca | Preta | Parda | Amarela | Indígena |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DE VIDA

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Respi: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico: Pou. nlt. nlt. com nlt.

L-10h

D- - V E

Verro

Tratamento:

Rx d P- E AP. off/

Abordad. PDE

medic + Repar + orient

Ao Ambul-

Hipótese Diagnóstica:

Fnt. 1- PDE

Carimbo e Assinatura:

Dr. ERICK de Carvalho
Traumatologista
CRM 15926



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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife - Pernambuco - CEP 50000-002
(81) 3161-0000/0001-00 e-mail: cen@cen.com.br

DADOS DO CLIENTE

GILBERTO LIMA/LEADER PRESS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

中译社印 2003年4月

CEP null 2013 354:1–380 © 2013 The Authors

人間の心正しく。ERGOTALHADIA
の如きは勿論の事。

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA PREÇO NA COM 725
Minha Casa

CONTA CONTRATO 2556945023 MÊS/ANO 10/2018
DATA DE VENCIMENTO 17/10/2018 DATA PREDIÇÃO PRÓXIMA LITURA 09/11/2018
PROMOTOR: MARIA JOSÉ

DEPARTMENT OF STATE BUREAU OF INTELLIGENCE AND SECURITY

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|------------|-------------|-------------|
| Consumo Abv. ate 300 kWh | 30.000.000 | 0,18292021 | 5,48 |
| Consumo Abv superior a 30 ate 100 kWh | 22.000.000 | 0,31367150 | 6,88 |
| Acrecentar Renda/vi - FME/LHA | | | 1,22 |
| Contrib Juri - Pública Municipal | | | 2,58 |
| Multa por atraso NF-000048511 - 00000118 | | | 0,18 |
| Juros por atraso NF-000048511 - 00000118 | | | 0,16 |
| Ajustar em 10% NF-000048511 - 00000118 | | | 0,21 |
| PRO.CPANICA (001) 11 / 00000100 001-000001 | | | 0,99 |

16000-00000000

12,69

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA MTA FISCAL

[View Details](#)

| Reporting Month | Value |
|-----------------|-------|
| JUL19 | 52 |
| SEP18 | 47 |
| APR18 | 61 |
| DEC18 | 44 |
| JUN18 | 41 |
| MAR18 | 41 |
| APR19 | 52 |
| MAR19 | 44 |
| FEB19 | 42 |
| JAN19 | 41 |
| DEC17 | 51 |
| NOV17 | 44 |
| SEP17 | 40 |

— 20 —

COMPAGNIA SICURITÀ

Digitized by srujanika@gmail.com

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, Vol. 142, No. 1, January 2007, pp. 1–10
© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Endocrine Society

17 DEZ. 2018
SEGURÓ DPVIA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 0005643-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LURDES MELO LIMA

ENDERÉSCO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONÍO TOME DE SOUZA 573

CPF: 288 442 044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA, PE
56903-220

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Moradia

| ENTRADA DE VENDIMENTO | SAÍDA DE VENDIMENTO | VALOR (R\$) |
|-----------------------|---------------------|-------------|
| 0210376006 | 01/10/2018 | 176,07 |
| PAUTA DE VENDIMENTO | 15/10/2018 | |
| 12/09/2018 | 2006830115 | 16670341 |

| ENTRADA DE VENDIMENTO | SAÍDA DE VENDIMENTO | VALOR (R\$) |
|-----------------------|---------------------|-------------|
| 14180133025 | 09/10/2018 | |
| 01/10/2018 | 15/10/2018 | 176,07 |

| DETALHAMENTO DA FATURA | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo (kWh) | 182.000000 | 0,75082908 | 137,01 |
| Ajuste Bandeira VERMELHA | | | 13,13 |
| Contribuição para a Pública | | | 0,68 |
| ICMS Subvenção-LDE-NF 020107777-13/08/18 | | | 1,13 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 020103580-12/07/18 | | | 1,14 |
| Doação APAE - 0800 722 2723 | | | 15,00 |

TOTAL DA FATURA

176,07

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA | DATA ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|----------|------------|----------|------------|-----------|--------|---------------|
| 160754 | LDT | 11/08/2018 | 150.0000 | 12/09/2018 | 162.0000 | 30 | 1.50000 | | 162,00 |

| DETALHAMENTO DA FATURA | BASE DE CALCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO | DETALHAMENTO DA CONSUMO |
|------------------------|-----------------|--------|------------------|-------------------------------------|
| SET/18 192 | | | | Gerador de Energia R\$ 91,91 10,31% |
| AGO/18 193 | ICMS | 162,00 | 36,00 | Transmissão R\$ 1,28 4,10% |
| AA/18 198 | PIS | 162,00 | 1,23 | Distrição (Cedpe) R\$ 29,40 19,88% |
| ABR/18 199 | COFINS | 162,00 | 4,58 | Perda de Energia R\$ 9,24 6,31% |
| MAR/18 190 | | | | Encargos Sociais R\$ 7,08 5,04% |
| ABR/18 200 | | | | Total R\$ 48,11 30,71% |
| MAR/18 201 | | | | |
| MAR/18 202 | | | | |
| MAR/18 203 | | | | |
| MAR/18 204 | | | | |
| MAR/18 205 | | | | |
| MAR/18 206 | | | | |
| MAR/18 207 | | | | |
| MAR/18 208 | | | | |
| MAR/18 209 | | | | |
| MAR/18 210 | | | | |
| MAR/18 211 | | | | |
| MAR/18 212 | | | | |
| MAR/18 213 | | | | |
| MAR/18 214 | | | | |
| MAR/18 215 | | | | |
| MAR/18 216 | | | | |
| MAR/18 217 | | | | |
| MAR/18 218 | | | | |
| MAR/18 219 | | | | |
| MAR/18 220 | | | | |
| MAR/18 221 | | | | |
| MAR/18 222 | | | | |
| MAR/18 223 | | | | |
| MAR/18 224 | | | | |
| MAR/18 225 | | | | |
| MAR/18 226 | | | | |
| MAR/18 227 | | | | |
| MAR/18 228 | | | | |
| MAR/18 229 | | | | |
| MAR/18 230 | | | | |
| MAR/18 231 | | | | |
| MAR/18 232 | | | | |
| MAR/18 233 | | | | |
| MAR/18 234 | | | | |
| MAR/18 235 | | | | |
| MAR/18 236 | | | | |
| MAR/18 237 | | | | |
| MAR/18 238 | | | | |
| MAR/18 239 | | | | |
| MAR/18 240 | | | | |
| MAR/18 241 | | | | |
| MAR/18 242 | | | | |
| MAR/18 243 | | | | |
| MAR/18 244 | | | | |
| MAR/18 245 | | | | |
| MAR/18 246 | | | | |
| MAR/18 247 | | | | |
| MAR/18 248 | | | | |
| MAR/18 249 | | | | |
| MAR/18 250 | | | | |
| MAR/18 251 | | | | |
| MAR/18 252 | | | | |
| MAR/18 253 | | | | |
| MAR/18 254 | | | | |
| MAR/18 255 | | | | |
| MAR/18 256 | | | | |
| MAR/18 257 | | | | |
| MAR/18 258 | | | | |
| MAR/18 259 | | | | |
| MAR/18 260 | | | | |
| MAR/18 261 | | | | |
| MAR/18 262 | | | | |
| MAR/18 263 | | | | |
| MAR/18 264 | | | | |
| MAR/18 265 | | | | |
| MAR/18 266 | | | | |
| MAR/18 267 | | | | |
| MAR/18 268 | | | | |
| MAR/18 269 | | | | |
| MAR/18 270 | | | | |
| MAR/18 271 | | | | |
| MAR/18 272 | | | | |
| MAR/18 273 | | | | |
| MAR/18 274 | | | | |
| MAR/18 275 | | | | |
| MAR/18 276 | | | | |
| MAR/18 277 | | | | |
| MAR/18 278 | | | | |
| MAR/18 279 | | | | |
| MAR/18 280 | | | | |
| MAR/18 281 | | | | |
| MAR/18 282 | | | | |
| MAR/18 283 | | | | |
| MAR/18 284 | | | | |
| MAR/18 285 | | | | |
| MAR/18 286 | | | | |
| MAR/18 287 | | | | |
| MAR/18 288 | | | | |
| MAR/18 289 | | | | |
| MAR/18 290 | | | | |
| MAR/18 291 | | | | |
| MAR/18 292 | | | | |
| MAR/18 293 | | | | |
| MAR/18 294 | | | | |
| MAR/18 295 | | | | |
| MAR/18 296 | | | | |
| MAR/18 297 | | | | |
| MAR/18 298 | | | | |
| MAR/18 299 | | | | |
| MAR/18 300 | | | | |
| MAR/18 301 | | | | |
| MAR/18 302 | | | | |
| MAR/18 303 | | | | |
| MAR/18 304 | | | | |
| MAR/18 305 | | | | |
| MAR/18 306 | | | | |
| MAR/18 307 | | | | |
| MAR/18 308 | | | | |
| MAR/18 309 | | | | |
| MAR/18 310 | | | | |
| MAR/18 311 | | | | |
| MAR/18 312 | | | | |
| MAR/18 313 | | | | |
| MAR/18 314 | | | | |
| MAR/18 315 | | | | |
| MAR/18 316 | | | | |
| MAR/18 317 | | | | |
| MAR/18 318 | | | | |
| MAR/18 319 | | | | |
| MAR/18 320 | | | | |
| MAR/18 321 | | | | |
| MAR/18 322 | | | | |
| MAR/18 323 | | | | |
| MAR/18 324 | | | | |
| MAR/18 325 | | | | |
| MAR/18 326 | | | | |
| MAR/18 327 | | | | |
| MAR/18 328 | | | | |
| MAR/18 329 | | | | |
| MAR/18 330 | | | | |
| MAR/18 331 | | | | |
| MAR/18 332 | | | | |
| MAR/18 333 | | | | |
| MAR/18 334 | | | | |
| MAR/18 335 | | | | |
| MAR/18 336 | | | | |
| MAR/18 337 | | | | |
| MAR/18 338 | | | | |
| MAR/18 339 | | | | |
| MAR/18 340 | | | | |
| MAR/18 341 | | | | |
| MAR/18 342 | | | | |
| MAR/18 343 | | | | |
| MAR/18 344 | | | | |
| MAR/18 345 | | | | |
| MAR/18 346 | | | | |
| MAR/18 347 | | | | |
| MAR/18 348 | | | | |
| MAR/18 349 | | | | |
| MAR/18 350 | | | | |
| MAR/18 351 | | | | |
| MAR/18 352 | | | | |
| MAR/18 353 | | | | |
| MAR/18 354 | | | | |
| MAR/18 355 | | | | |
| MAR/18 356 | | | | |
| MAR/18 357 | | | | |
| MAR/18 358 | | | | |
| MAR/18 359 | | | | |
| MAR/18 360 | | | | |
| MAR/18 361 | | | | |
| MAR/18 362 | | | | |
| MAR/18 363 | | | | |
| MAR/18 364 | | | | |
| MAR/18 365 | | | | |
| MAR/18 366 | | | | |
| MAR/18 367 | | | | |
| MAR/18 368 | | | | |
| MAR/18 369 | | | | |
| MAR/18 370 | | | | |
| MAR/18 371 | | | | |
| MAR/18 372 | | | | |
| MAR/18 373 | | | | |
| MAR/18 374 | | | | |
| MAR/18 375 | | | | |
| MAR/18 376 | | | | |
| MAR/18 377 | | | | |
| MAR/18 378 | | | | |
| MAR/18 379 | | | | |
| MAR/18 380 | | | | |
| MAR/18 381 | | | | |
| MAR/18 382 | | | | |
| MAR/18 383 | | | | |
| MAR/18 384 | | | | |
| MAR/18 385 | | | | |
| MAR/18 386 | | | | |
| MAR/18 387 | | | | |
| MAR/18 388 | | | | |
| MAR/18 389 | | | | |
| MAR/18 390 | | | | |
| MAR/18 391 | | | | |
| MAR/18 392 | | | | |
| MAR/18 393 | | | | |
| MAR/18 394 | | | | |
| MAR/18 395 | | | | |
| MAR/18 396 | | | | |
| MAR/18 397 | | | | |
| MAR/18 398 | | | | |
| MAR/18 399 | | | | |
| MAR/18 400 | | | | |
| MAR/18 401 | | | | |
| MAR/18 402 | | | | |
| MAR/18 403 | | | | |
| MAR/18 404 | | | | |
| MAR/18 405 | | | | |
| MAR/18 406 | | | | |
| MAR/18 407 | | | | |
| MAR/18 408 | | | | |
| MAR/18 409 | | | | |
| MAR/18 410 | | | | |
| MAR/18 411 | | | | |
| MAR/18 412 | | | | |
| MAR/18 413 | | | | |
| MAR/18 414 | | | | |
| MAR/18 415 | | | | |
| MAR/18 416 | | | | |
| MAR/18 417 | | | | |
| MAR/18 418 | | | | |
| MAR/18 419 | | | | |
| MAR/18 420 | | | | |
| MAR/18 421 | | | | |
| MAR/18 422 | | | | |
| MAR/18 423 | | | | |
| MAR/18 424 | | | | |
| MAR/18 425 | | | | |
| MAR/18 426 | | | | |
| MAR/18 427 | | | | |
| MAR/18 428 | | | | |
| MAR/18 429 | | | | |
| MAR/18 430 | | | | |
| MAR/18 431 | | | | |
| MAR/18 432 | | | | |
| MAR/18 433 | | | | |
| MAR/18 434 | | | | |
| MAR/18 435 | | | | |
| MAR/18 436 | | | | |
| MAR/18 437 | | | | |
| MAR/18 438 | | | | |
| MAR/18 439 | | | | |
| MAR/18 440 | | | | |
| MAR/18 441 | | | | |
| MAR/18 442 | | | | |
| MAR/18 443 | | | | |
| MAR/18 444 | | | | |
| MAR/18 445 | | | | |
| MAR/18 446 | | | | |
| MAR/18 447 | | | | </td |

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa 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 reasseguro.

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324-29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLEITON EVANIR JOSE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.802.454-79 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLEITON EVANIR JOSE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.802.454-79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO

e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAR

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| Endereço | Antônio Tomé de Souza | Número | Complemento |
|----------|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| Bairro | São Cristóvão | 573 | CASA |
| Cidade | SERRA FALHADA | PE | 56.903.220 |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | 87.98878-5033 | 87.9.9998-1477 |

SERRA FALHADA PE 12 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sebastião José de Lima,
RG nº 5711982, data de expedição 15/08/1996
Órgão 1, portador do CPF nº 444.226.204-82 com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João Batista do Martímento, nº 995,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eleiton Enair José de Lima, cujo o condutor era
Eleiton Enair José de Lima.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XRE 300

Ano: 2015

Placa: PEB 10462

Chassi: 9G3ND0110FN018995

Data do Acidente: 21-09-18

Local e Data: Rua Quinze em 21-09-18



Sebastião José de Lima
Assinatura do Declarante

Eleiton Enair José de Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

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

Reconheço a Firma por Autenticidade do SEBASTIÃO JOSE DE LIMA. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva. Testemunha () Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emol. - R\$ 3,30. ISSR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.OOR11201801.00074 23/11/2018 16:21:46
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de SOUSA
Substituta
CPF: 187.083-20



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

153

| | | | | | |
|---------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|----------|
| Data: | 21.09.18 | Hora: | 09:44 | | |
| Nome: | Lester Evans José de Lima | | | | |
| Nome Social: | | | | | |
| Nascimento: | 20-04-93 | Sexo: | M | | |
| Escolaridade: | medio | Responsável: | José Clementino | | |
| Mãe: | Clarisse Alves de Lima | | | | |
| Endereço: | D - Bela Vista 402 | Município: | Salvador | | |
| Bairro: | Bom Jesus | Fone: | 96138023 | | |
| Cartão SUS: | RG/CPF: 4286000082 | | | | |
| Raça/Cor: | Branca | Preta | Parda | Amarela | Indígena |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

EXCELSIOR SEGUROS
17 DEZ. 2018
SEGURO DE VIDA

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|------|----|-------|-------|----------|
| PA: | P脉: | HGT: | T: | SpO2: | Peso: | Glasgow: |
| Medicações em uso: | | | | | | |
| Intolerâncias/Alergias: | | | | | | |
| Fluxograma: | Carimbo e Assinatura: | | | | | |

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico: Pac. mult. si sent. com nato
F+ + 01h
Pm ~ V E verro

Tratamento:

Rx d P E AP. off/1
Dr. J. 12OK
Abordad PDE
medic + Repar + ornat
Ao Ambul.

Hipótese Diagnóstica:

Fnt. 1- PDE

Carimbo e Assinatura:

Dr. Enio H. de Carvalho
Traumatologista
CRM 15926

CONDUTA MÉDICA

| | | | | |
|---------------------------|------------|------------|-------------|--------|
| Destino do Paciente: | Internado | Residência | Transferido | Evasão |
| Removido para o hospital: | | | | |
| Obito às | hrs do dia | | | |

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> GNR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Itopurina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| Medicação | Horário | Obs: |
|-------------------------|---------|------|
| Valtorta 01g 15.06.2015 | | |
| Ulcicor 01g 15.06.2015 | | |
| | | |
| | | |
| | | |

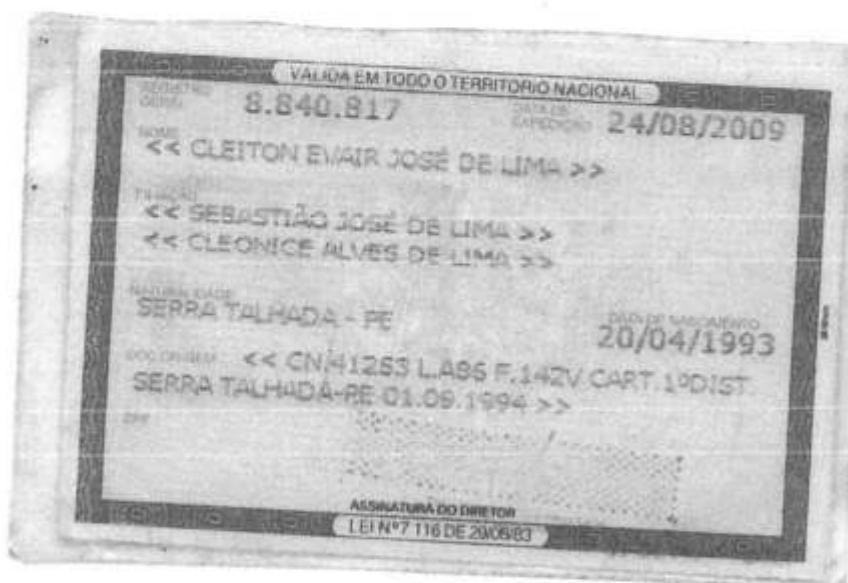
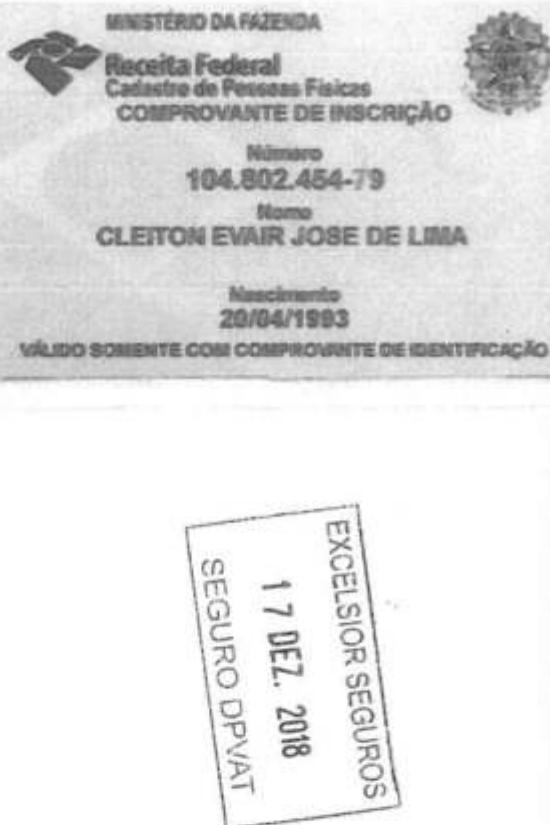
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado à Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH

25/05/15

Notificação:



P

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
BILHETE NACIONAL DE HABITAÇÃO

GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 - SEP - PE

CPF
008.475.324-29 DATA NASCIMENTO
03/05/1978

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

PERMISSÃO
VALIDADE
02136855600 **30/06/2022** **18/12/2001**

O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

VALIDA EM TODO

OBSERVAÇÕES
CAR
CMZK

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

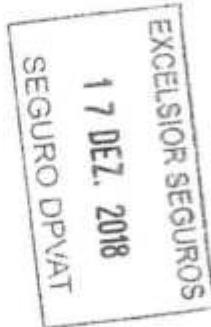
LOCAL
SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO
24/07/2017

Georges Andrade Souza Almeida
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
23610552569
PE079966269

PERNAMBUCO

PROMOVIDO PLASTIFICAR
1482661245



DESTINATARIO:

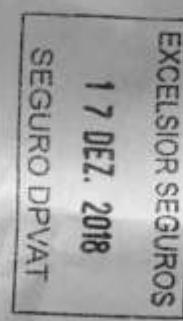
EXCELSIOR SEGUROS.

MARQUES DE OLINDA 175.

FE PTE

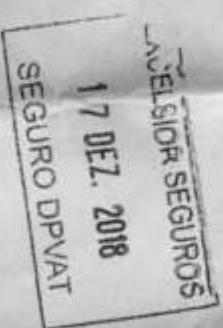
500 30.000

81-3087-9200



REMETENTE:

GEORGE CARLOS MELO LIMA
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA N° 573
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO SERRA TALHADA PE
CEP. 56.903-220 F-97-9-9998-1422





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180592113 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA **Data do acidente:** 21/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
 - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
 - EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

Procuração

Outorgante(s):

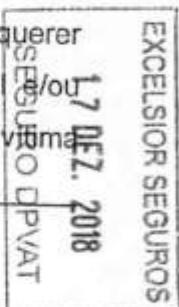
Nome: CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
R.G.: 8.840.817 C.P.F.: 104.802.454-79
Endereço: RUA BELA VISTA N° 402 BOM JESUS
CEP: 56906-130 Cidade/UF: SERRA TALHADA PERNAMBUCO

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.475.324-29
Endereço: ANTÔNIO TOME DE SOUZA - 523
CEP: 56.903-220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Policia Civil, Policia Rodoviária Federal e Estadual, Policia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA
ocorrido na data em 21/09/18



Local: SERRA TALHADA - PE Data: 23/11/2018

Cleiton Evar José de Lima
Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser feita por meio de tinta que garanta a autenticidade ou verdadeira.
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO AMÍSIO DA SILVA
CPF: 187.007-007
Substituta: Maria Lucia de Souza
Telefone: (87) 38311-924



Reconheço a Firma por Autenticidade de CLEITON EVAIR JOSE DE LIMA Dou Fd. Sebrae Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Amísio da Silva - Titular. () Maria Lucia de Souza - Substituta. Encol. R\$ 3,30.
TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,10.

Selo: 0024872.JWV11201801.04803 23/11/2018 09:13:53