

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EDVALDO LEITE DA SILVA

CPF da Vítima

05139815435

Data do Acidente

29/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Oruoru 12 de Novembro de 2018

Local e Data

Edvaldo Leite da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

123 882 24510001-951
Luis Filipe de Oliveira
Corretagem de Seguros-ME
R. João Curcio 872
Comp. Sala Diamantino
Município de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

Nº de Ocorrência **0042**

1. Hora do chamado 02:20		2. Chegada ao local 02:30		3. Saída do local 02:59		4. Hora de conclusão		5. Saída do hospital																																																																																																																																																																	
6. Motivo/Solicitação Queda de moto																																																																																																																																																																									
7. Data 29/07/18																																																																																																																																																																									
8. Tipo de recurso: <input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. VIR <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero <input checked="" type="checkbox"/> 5. Moto																																																																																																																																																																									
9. Origem do acionamento: <input type="checkbox"/> 1. Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública <input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 4. SAD																																																																																																																																																																									
10. Médico regulador																																																																																																																																																																									
11. Rádio operador																																																																																																																																																																									
12. Paciente Edvaldo Leite da Silva																																																																																																																																																																									
13. Solicitante																																																																																																																																																																									
14. Data de nascimento 10/03/81																																																																																																																																																																									
15. Idade 37 anos																																																																																																																																																																									
16. Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino																																																																																																																																																																									
17. Logradouro Estrada para Lagoa dos Caracós																																																																																																																																																																									
18. Nº																																																																																																																																																																									
19. Bairro																																																																																																																																																																									
20. Município Jurema																																																																																																																																																																									
21. Zona: <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural																																																																																																																																																																									
22. Referência St João do Uniqui																																																																																																																																																																									
23. Local de ocorrência																																																																																																																																																																									
24. Ocorrência relacionada ao trabalho																																																																																																																																																																									
25. Tipo de atendimento																																																																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico <input type="checkbox"/> 2. Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Senha: _____ /Unid. Solicitante: _____																																																																																																																																																																									
26. Tipo de vítima																																																																																																																																																																									
27. Meio de locomoção da vítima																																																																																																																																																																									
28. Mecanismo do trauma																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input checked="" type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro																																																																																																																																																																									
29. Natureza do acidente																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abaloamento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> 5. Queda em/do veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro																																																																																																																																																																									
30. Uso de capacete pela vítima																																																																																																																																																																									
31. Uso de cinto pela vítima																																																																																																																																																																									
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input checked="" type="checkbox"/> 88. Não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica																																																																																																																																																																									
33. Intoxicação Exógena																																																																																																																																																																									
34. Queda																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ m																																																																																																																																																																									
35. Agressão																																																																																																																																																																									
36. Queimadura																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceto fogo) <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros <input type="checkbox"/> 4. Substância química <input type="checkbox"/> 5. Choque elétrico																																																																																																																																																																									
37. Tentativa de suicídio																																																																																																																																																																									
38. Outros acidentes																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Solteramento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros																																																																																																																																																																									
39. Vias aéreas																																																																																																																																																																									
40. Respiração																																																																																																																																																																									
41. Circulação/pulso																																																																																																																																																																									
42. Perfusão periférica																																																																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Taquipneia <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente <input checked="" type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. Obstruída <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões <input type="checkbox"/> 3. Cheio <input type="checkbox"/> 4. Fino <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos																																																																																																																																																																									
43. Neurológico																																																																																																																																																																									
44. Escala de CINCINATI																																																																																																																																																																									
45. Coloração da pele																																																																																																																																																																									
46. Pupilas																																																																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão <input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio de comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia <input type="checkbox"/> 1. Miose <input type="checkbox"/> 2. Midríase <input type="checkbox"/> 3. Reagente <input type="checkbox"/> 4. Não reagente <input type="checkbox"/> 5. Ictérico <input checked="" type="checkbox"/> 5. Isocóricas <input type="checkbox"/> 6. Anisocóricas																																																																																																																																																																									
47. Alergia																																																																																																																																																																									
48. Usa medicamento																																																																																																																																																																									
49. Alguma patologia																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não																																																																																																																																																																									
Qual?																																																																																																																																																																									
Qual?																																																																																																																																																																									
Qual?																																																																																																																																																																									
50. Abertura ocular (AO)																																																																																																																																																																									
51. Resposta verbal																																																																																																																																																																									
52. Resposta Motora																																																																																																																																																																									
53. Sinais vitais - SSVV																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> <th>HGT</th> <th>SpO₂ %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>110 x 80</td> <td>74</td> <td>21</td> <td>-</td> <td>110</td> <td>93</td> </tr> </tbody> </table>										HORA	PA	FC	FR	TEMP	HGT	SpO ₂ %		110 x 80	74	21	-	110	93																																																																																																																																																		
HORA	PA	FC	FR	TEMP	HGT	SpO ₂ %																																																																																																																																																																			
	110 x 80	74	21	-	110	93																																																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">54. Principais lesões</th> <th rowspan="2">Crânio</th> <th rowspan="2">Face</th> <th rowspan="2">Pescoço</th> <th rowspan="2">Dorso</th> <th rowspan="2">Tórax</th> <th rowspan="2">Abdômen</th> <th rowspan="2">Pelve</th> <th colspan="2">Membro Superior</th> <th colspan="2">Membro Inferior</th> </tr> <tr> <th>Esquerdo</th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> <th>Direito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amputação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contusão</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Escoriação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Esmagamento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perfurante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contuso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fratura fechada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fratura aberta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laceração</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Luxação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Queimadura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presença de sangramento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior		Membro Inferior		Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Amputação												Contusão												Escoriação												Esmagamento												Perfurante												Contuso												Fratura fechada												Fratura aberta												Laceração												Luxação												Queimadura												Presença de sangramento											
54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior										Membro Inferior																																																																																																																																																							
								Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito																																																																																																																																																														
Amputação																																																																																																																																																																									
Contusão																																																																																																																																																																									
Escoriação																																																																																																																																																																									
Esmagamento																																																																																																																																																																									
Perfurante																																																																																																																																																																									
Contuso																																																																																																																																																																									
Fratura fechada																																																																																																																																																																									
Fratura aberta																																																																																																																																																																									
Laceração																																																																																																																																																																									
Luxação																																																																																																																																																																									
Queimadura																																																																																																																																																																									
Presença de sangramento																																																																																																																																																																									

23 882 245/0001-95

Luís Filipe de Carvalho

Corretagem de Seguros-ME

R. João Cursino 872

Comp. Sala Diamantino

Maunício de Nassau CEP 55.012-190

Caruaru PE

<p>55. Conduta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input checked="" type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia</p>	
<p>56. Unidade de destino</p> <p>57. Médico que recebeu</p> <p>58. Equipe</p> <p>Médico assistente: <i>Marilene Ionnara Mendes</i></p> <p>Enfermeiro:</p> <p>Técnico de enfermagem:</p> <p>Condutor/Piloto:</p> <p>Responsável pelo preenchimento:</p> <p>Solicitou apoio da UTI <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Observações:</p> <p>Redirecionamento <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Causa:</p> <p>Destino:</p> <p>Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.</p>	<p>62. Outras descrições:</p>
<p>59. Cancelamento da ocorrência</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Por trote <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe</p> <p>60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE</p> <p>O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.</p> <p>Testemunha:</p> <p>Assinatura:</p> <p>RG:</p> <p>Data: / /</p> <p>61. Múltiplas vítimas: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>Nº de vítimas:</p> <p>Cenário:</p>	

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

123 882 245/0001-951
 Luis Felipe Cavalcanti
 Corretagem de Seguros-ME
 R. João Gursino 872
 Corip Sala Diamantino
 Maricó de Nassau CEP 55.012-190
 Caruaru PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO LEITE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02170

CONTA: 000000024528-6

Nr. da Autenticação 4C3400FBC03E8599



Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
COMPANHIA ELÉTRICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
MARCIA RODRIGUES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE MARIA SIMOES 29

CPF 087 637 614-22 NIS 18395898834

CENTRO/JUREMA
JUREMA PE
55480-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
018614234	UNICA	15/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/05/2018	2011183606	5570412

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7010556850	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
22/05/2018	14/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	85,10

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,24884359	7,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,42658901	29,88
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	51,0000000	0,83986353	42,83
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,64
Contribuição Iluminação Pública			12,76
Multa por atraso-NF 012891788 - 13/04/18			0,38
Multa por atraso-NF 008984289 - 14/03/18			0,68
Juros por atraso-NF 012891788 - 13/04/18			0,13
Juros por atraso-NF 008984289 - 14/03/18			0,30
Atualização IGPM-NF 012891788 - 13/04/18			0,07
Atualização IGPM-NF 008984289 - 14/03/18			0,18

TOTAL DA FATURA

85,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
312173232	CAT	13-04-2018	10.023,00	15-05-2018	10.174,00	32	1,00000		151,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
MAI 18	151
ABR 18	79
MAR 18	120
FEV 18	196
JAN 18	230
DEZ 17	177
NOV 17	178
OUT 17	180
SET 17	175
AGO 17	190
JUL 17	180
JUN 17	173
MAI 17	161

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	70,58	25,00
PIS	70,58	1,12
COFINS	70,58	5,32

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Geração de Energia	R\$ 22,94	32,50%
Transmissão	R\$ 3,25	4,60%
Distribuição (Celpe)	R\$ 15,22	21,56%
Perdas de Energia	R\$ 4,79	6,79%
Energias Sotóricas	R\$ 2,21	3,13%
Tributos	R\$ 22,16	31,42%
Total	R\$ 78,58	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0,17060717
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,29248943
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43870415

RESERVAÇÃO AO FISCO

153D A85D 8FEB 1F28 A0AC 76C3 99A5 5AB4

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tera com reajuste médio de 0,47% para a Bandeira Amarela e 0,90% para a Bandeira Vermelha. Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pró. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 41,04. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Não existem débitos de 2017 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as qualificações dos faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.007/03). Este documento não é um documento de cobrança de débitos de parcelamentos ou concessões de créditos nem faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO mar/2018	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	11,9	23,80	47,79
FIC	0,00	7,74	15,48	30,98
DMIC	0,00	6,69	0,00	0,00

Limite DIC: 16,60

EUSD - Valor do Faturamento de Energia

NÍVEIS DE TENSÃO

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

O PODERADO DELEGADO
SABE SE FALTAU | INVALIAZ

23 882 245/0001-95
Luis Filipe Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEF 55 012-190
Caruaru PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL,
RG nº 7635236, data de expedição 15/09/2017,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 06071421462, com
domicílio na cidade de JUREMA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA ANTONIO GOMES SOBRINHO, nº 55,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDVALDO LEITE DA SILVA, cujo o condutor era
EDVALDO LEITE DA SILVA.

Veículo: 215 MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2008
Placa: KFV-2353
Chassi: 9C2JC30708R178223
Data do Acidente: 29/07/18
Local e Data: _____

Elza Ferreira Calou Sobral
Assinatura do Declarante

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

PE CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGI, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jandira de Lucena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (87) 8817-5694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Edilma Maria da Silva

Reconheço a(s) Firma(s):
« ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL »
« »
SELO Nº: 0152439.VB509201801.00512
SELO Nº:
Dou fe. Jurema (PE) 08/11/2018
Emolumentos: R\$ 3,49
TSRN: R\$ 0,78
FERO: R\$ 0,39
Total: R\$ 4,66

Em testemunho da verdade.
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã Substituta

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

[23 882 245/0001-95]
Luis Filipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOMEAÇÃO PELO ATO Nº 1056 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 22 DE
29 DE JULHO DE 1982.

FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário: 23226

DATA: 29.07.18	HORA: 03:10	RECEPCIONISTA: Valdeiceia
NOME: Edvaldo Leite da Silva	PROFISSÃO: motorista	
DATA DE NASCIMENTO: 10.01.81	IDADE: 37a	COR: Parda
SEXO: M	ESTADO CIVIL: solt.	
CARTÃO DO SUS: 700.0061.1430.9302	RG: 6997157	
ENDEREÇO: Lot. Santa Terezinha	DATA EXPEDIÇÃO: 03.01.02	
CIDADE: Jurema	CEP: 55480.000	
MÃE: Mãe Luzinete da Silva	BAIRRO: Centro	
NATURAL: Jurema		
ACOMPANHANTE: Natália ma da Silva (esposa)		

MÉDICO PLANTONISTA: DR: Gulliane Ionnara Mendes

QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA Paciente vítima de queda de moto, apneia
se acordando, rubor, uso de sonda alveolar, choque ro SAMU
em grande sítio e color normal. Usar oxigênio, gases, tosse
stímul, alívio pleico, monitorar em monitor, com monitor
dos movimentos em modo dual e H10 (primeira apneia
fina?). ECG 14

PRESSÃO ARTERIAL: 110 x 80	SpO2: 93%	TEMPERATURA:
PESO:	PULSO:	HGT:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:
Politrauma

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) SRZ 2.000ml EU
2) Torax + 20ml AD
3) Torax + 20ml AD
4) Cateter (ver 5479208)

03:35
Fátima Rêgo

23-882 24.50001-95
Luis Filipe de S. Alcant
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Município de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

ASSINATURA - CRM
Gulliane Ionnara Mendes
Médica
CRM 27083



2ª Via- Arquivo do Hospital

Por não constituir caso para tratamento nesta Unidade, estamos encaminhando o paciente: _____

RG.: _____ Idade: _____ Residente: _____

Para o Hospital: _____ Senha nº _____

Esclarecer se o mesmo é portador de: _____

De acordo com o médico.

Atenciosamente:

Girllang Ionnara Mendes
Médica

-Assinatura do Médico-

Jurema, _____ de _____ de 2018.

Obs.: Em caso de paciente menor, anotar a filiação.

Pai: _____

Mãe: _____

123 882 245/0001-95
Luis Filipe a Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE



EDVALDO LEITE DA SILVA		01092595	700006114309
611020	MASCULINO	37a 7m 16d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-07



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HDA: Paciente com história de acidente de motocicleta gerando fratura exposta de fêmur distal à direita + fratura de patela + fratura de MTCD + Luxação exposta de IFP de 2º QDD.

HD: Fratura exposta de fêmur distal à direita + fratura de 4º MTCD + Luxação exposta de IFP de 2º QDD.

Tratamento:

Cirurgia: LMC + Aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular de joelho direito. Redução incruenta de IFP de 2º QDD + Tala luva de MSD, em 29/07/18.

Retirada de fixador externo tubo a tubo de MID + Correção cirúrgica de fratura do fêmur direito com aposição de placa e parafusos + correção cirúrgica de fratura de patela a direita em 17/08/18.

OBS:

RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. DANILO EM 15 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

Melhora do quadro, acompanhamento ambulatorial.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
29/07/2018	27/08/2018

Recife, 27 DE AGOSTO DE 2018

HEBERT WALLACY VARELA DE PAIVA - CRM: Nº.26492

Dr. Hebert Varela
Médico
CRM nº 26492

[23 582 255/0001-95]
Luis Filipe de Oliveira
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência Médica - SUS - PE

ATESTADO MÉDICO

de Edvaldo Leif ATESTO que o Paciente Edvaldo Leif
de Silva portador da Carteira profissional nº _____
Série _____ necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de
doença. CIA 10 5724

HTPS
Hospital ou Ambulatório

14/09/18
Localidade e Data

Dr. Pedro Ferreira de Sousa
Médico
CRM-PE 0332

Ass. do Médico - CRM nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 68 501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

PERFILORÁFICA - FONE: (81) 3338-3636

[23 882 245/0001-95]
Luis Filipe a. [illegible]
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Ceará PE



Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o **Edvaldo Leite da Silva, 37 anos**. Esteve internado no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço do dia 29/07/2018 ao dia 27/08/2018 para tratamento médico-hospitalar.

Necessita de 15 (QUINZE) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S 72.4

Recife, 27/08/2018

Dr. Hubert Varela
CRM 75492



Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que **Edvaldo Leite da Silva, 37 anos**. Esteve internado no setor de Traumatismo-Ortopedia desta unidade hospitalar de 29/07/2018 ao dia 27/08/2018 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S 72.4

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 27/08/2018

Dr. Hubert Varela
CRM 75492

23 882 2440001-951
Luis Felipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Comp. de Nasser CEP 55.012-130
Maurício de Nasser PE

23 882 245/0001-951
 Luis Felipe de Alcântara
 Corretagem de Seguros-ME
 R. João Cursino 872
 Comp. Sala Diamantino
 Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
 Caruaru PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180532328

Cidade: Jurema

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDVALDO LEITE DA SILVA

Data do acidente: 29/07/2018

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL EXPOSTA DO FÊMUR E FRATURA DE PATELA À DIREITA.
FRATURA DO 4º METACARPO E LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO: OSTEOSÍNTESE; PARA OS DEMAIS CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180532328 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 29/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL EXPOSTA DO FÊMUR E FRATURA DE PATELA À DIREITA.
FRATURA DO 4º METACARPO E LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO: OSTEOSÍNTESE; PARA OS DEMAIS CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO LEITE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180532328**

Vítima: **EDVALDO LEITE DA SILVA**

Data do Acidente: **29/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180532328**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13585728



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL 0410926/18	CPF da Vítima 05139815435	Nome completo da vítima Edvaldo Leite da Silva
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL		Profissão MOTONISTA
Nome completo Edvaldo Leite da Silva	CPF titular da conta 051.398.154.35	Complemento
Endereço RUA JOSÉ MARIA SIMÕES	Número 29	CEP 55480-000
Bairro CENTRO	Cidade JUREMA	Estado PE
Email	Telefone (DDD) (087) 98834-3504	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 240 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 00024528 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	CONTA CORRENTE (todos os bancos) NRO. 00024528 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Caruaru, 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Edvaldo Leite da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
Luis Felipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE



23 882.245/0001-95
Luis Filipe A. Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

08/11/2018

Boletim de Ocorrência

3180-532328

CARTÓRIO OFÍCIO PÚBLICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOMEAÇÃO PELO ATO Nº 1656 DA
LEI Nº 22 DE 29 DE JULHO DE 1982.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

CARTÓRIO DO OFÍCIO PÚBLICO DE JUREMA - PE
Rua Jandira de Lucena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55450-000 - Fone: (87) 8817-5004
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Vera Lucia Ferraz da Mota Silveira

SELO Nº: 0152439.10003201801.00631 AUTENTICAÇÃO

Emolumentos:
TSRN: R\$ 2,99
PERC: R\$ 0,66
Total: R\$ 3,65

Certifico que este documento
é a cópia fiel do original
apresentado neste cartório
Jurema, 08/11/2018

Vera Lucia Ferraz da Mota Silveira
Tabelião Substituto



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146ªCIRC DINTER1/18ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0236000292

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/11/2018 às 10:23

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 29/7/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JUREMA, 1, ESTRADA PARA LAJE DOS CAROÇOS - Bairro: CENTRO - JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL (OUTRO)
EDVALDO LEITE DA SILVA (VÍTIMA)

[Assinatura]
DELEGADO DE POLÍCIA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO LEITE DA SILVA

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

EDVALDO LEITE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DA SILVA Pai: PEDRO LEITE DA SILVA Data de Nascimento: 10/1/1981 Naturalidade: JUREMA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JUREMA, 29, RUA JOSÉ MARIA PINÕES - CEP: 55450000 - Bairro: CENTRO - JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL
DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL, que estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO LEITE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

123 882 24 70001-95
Luis Filipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru, PE

08/11/2018

Boletim de Ocorrência

Placa: RFV2353 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 971835892 Chassi: 9C2JC30700R178223
Descrição: PLACA RFV2353

Complemento / Observação

O QUEIXOSO INFORMOU QUE, NO DIA E LOCAL SUPRACITADOS, POR VOLTA DAS 02:30 H, ESTAVA A CAMINHO DO SÍTIO LAJE DOS CAROÇOS, NA MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO A MOTO "DERRAPOU" E ESTE CARU. INFORMOU, AINDA, QUE FRATUROU O JOELHO E O FÊMUR, EM RAZÃO DO ACIDENTE.

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

Edvaldo Leite da Silva
EDVALDO LEITE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: EDSON LEANDRO SANTIAGO DE LIRA - Matrícula: 3876705

23 882 245/0001-95
Luis Filipe - Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Conip Sala Dignitino
Maurício de Nassau CEP 55 012-190
Caruaru - PE

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

SELO Nº: 0152439.ZCM09201801.00632 AUTENTICADO

Emolumentos:	
TSRN:	R\$ 2,99
FERC:	R\$ 0,66
Total:	R\$ 3,65

Certifico que este documento
é a cópia fiel do original
apresentado neste cartório.
Jurema, 08/11/2018
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã Substituta

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOMEAÇÃO PELO ATO Nº 1656 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 22 DE
29 DE JULHO DE 1962.

