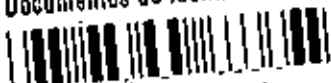


Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6807119 DATA DE EMISSÃO 07.02.2001

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

JOAO FRANCISCO TEIXEIRA

MARIA DAS DORES LOPES TEIXEIRA

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 13.09.1983

C.N. 11.948-1.5/A-P. 76-Cart. d

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

LEI Nº 118 DE 29/03/83

CPF 366.825.628-25

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6807119 DATA DE EMISSÃO 07.02.2001

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

JOAO FRANCISCO TEIXEIRA

MARIA DAS DORES LOPES TEIXEIRA

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 13.09.1983

C.N. 11.948-1.5/A-P. 76-Cart. d

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

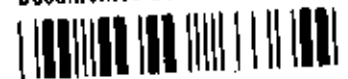
LEI Nº 118 DE 29/03/83



EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2017

SEGURO DPVAT.



E-01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

Helanita Siqueira Liberal Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.761.780

DATA DE EMISSÃO **26/04/2017**

<< HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

<< ANTONIO DE PAULA LIBERAL >>

<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

DATA DE NASCIMENTO **16/09/1965**

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

<< CC. 1.362 L.B-2 F.108 CART. 10 >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE 06.10.1983 >>

589.391.134-20

LE Nº 7.118 DE 29-07-03

F-76 173.103 - 3021

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2017

SEGURO DPVAT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012298874888
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 3704671087 EXERCÍCIO 2016

NOME DO PROPRIETÁRIO: MARCOS VINÍCIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES

PROFESSOR DA INGAZEIRA

093 998 024 00 PLACA PEN9780

PLACA ANT / UF: 9C2HB0210CR001012

TIPO DE VEÍCULO: MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / POP100 ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

CAP / POT / CIL: 2E/97CL CATEGORIA: PARTIC ORA PREDOMINANTE: BRANCA

DATA ÚNICA: IPVA 2016 QUITADO VENC: DATA ÚNICA: 1º *****

FAVIA DPVAT: PARCELAMENTO / COTAS: 2º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 110,00 PREMIO TOTAL (R\$): 110,00 DATA DE PAGAMENTO: 02/06/16

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

PROFESSOR DA INGAZEIRA DATA: 02/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 012298874888 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCOS VINÍCIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

IGUES 0

PROFESSOR DA INGAZEIRA 2016 DATA EMISSÃO: 02/06/16

093 998 024 00 PLACA PEN9780

RENAVAM: 3704671087 MARCA / MODELO: HONDA / POP100

ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

9C2HB0210CR001012

PREMIO TARIFARIO FMS (R\$): 110,00 DETRAN (R\$): 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 110,00

SEGURO PAGO COTA ÚNICA (R\$): 110,00 DATA DE PAGAMENTO: 02/06/16

SEGURO PAGO COTA ÚNICA (R\$): 110,00 DATA DE PAGAMENTO: 02/06/16

SEGURO PAGO COTA ÚNICA (R\$): 110,00 DATA DE PAGAMENTO: 02/06/16

SEGURO PAGO COTA ÚNICA (R\$): 110,00 DATA DE PAGAMENTO: 02/06/16

SEGURO PAGO COTA ÚNICA (R\$): 110,00 DATA DE PAGAMENTO: 02/06/16

DUT



EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2017
SEGURO DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jose Nilson Lopes Teixeira
DATA DO ACIDENTE 21.04.2017 CPF DA VITIMA 366.825.628-45
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Helene Siqueira Kiesel
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Procuradora
ENDEREÇO DO PORTADOR 2. Sherrique 10es
Nº 288 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Leão
CIDADE Apogador de Itaguajé UF RS CEP 56.800-000
E-MAIL afelapadas@yahoo.com.br TELEFONE (51) 99942.9089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00
 - DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FÓRMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06/04/2017
IDENTIDADE 366780
ASSINATURA [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 06/04/2017
NOME Suplente - David Costa
ASSINATURA [assinatura]

COTA ÚNICA DE PERNAMBUCO		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
--------------------------	--	-----------------------	--

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - SECRETARIA DA FAZENDA
IPVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS - 2017 Emissão: 16/01/2017

PLACA	PROPRIETÁRIO (CONFIRA OS DADOS ANTES DE PAGAR)	CNPJ/CPF
PFN9780	MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES	09399803400
RENAVAM	CHASSI	MARCA/MODELO
370487108	2011 SC2HB021DC0001012	HONDA/POP100

3ª COTA IPVA	DPVAT ANTERIOR	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------	----------------	-----------------------

INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO:
PAGÁVEL POR BANCOS CREDITORES: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRIAS (COMPENSAÇÃO DA IMPOSTO PARA TODOS OS DEBITOS)
BPM/SECO - JANTANDEER (ONLINE - EXCETO DPVAT) (ONLINE - EXCETO DPVAT E IPVA) - TRÊS VÍZIS ÚTILES
APÓS O PAGAMENTO DOS DEBITOS DE EXERCÍCIO ANTERIORES, COMPAREÇA EM QUALQUER UM DOS PRATOS DE ATENDIMENTO DO DETRAN/PE PARA RECEBER O CRLV DO EXERCÍCIO

DPVAT	ÓRGÃO DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------	---------------------------------	-----------------------

3ª COTA IPVA	UNICA DPVAT	UNICA DPVAT
2ª COTA IPVA	ORÇ. TRÂNSITO DE PERNAMBUCO	4177300377330199
UNICA IPVA	UNICA DPVAT ANTERIOR	

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA	
PLACA	VALOR 2017
PFN9780	VALOR EXERC. ANTERIOR
	VENCIMENTO
	VALOR TOTAL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
3ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA	
PLACA	VALOR 2017
PFN9780	VALOR EXERC. ANTERIOR
	VENCIMENTO
	VALOR TOTAL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
2ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA	
PLACA	VALOR 2017
PFN9780	VALOR EXERC. ANTERIOR
	VENCIMENTO
	VALOR TOTAL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
1ª PARCELA IPVA

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2017
SEGURO DPVAT

1ª COTA IPVA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------	-----------------------

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - SECRETARIA DA FAZENDA
IPVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS INJETADOS -

2017 Emissão: 16/01/2017

PLACA PFN9780	PROPRIETÁRIO (CONFIAR OS DADOS ANTES DE PAGAR) MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES		CPF/CNPJ 09398892409
RENAVAM 370467108	ANO FABR. 2011	CHASSI 9C2HB0218C9881012	MARCA/MODELO HONDA/POP100
2ª COTA IPVA		DPVAT ANTERIOR	
INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO: PAGAVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRIAS (COMPENSAÇÃO ON LINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRADERCO e SANTANDER (ONLINE, "EXCETO DPVAT"); ITAU (ONLINE, "EXCETO DPVAT E IPVA"); TRÊS DIAS ÚTIS; APÓS O PAGAMENTO DOS DÉBITOS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES, COMPARECER EM QUALQUER UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO DO DETRAN/PE PARA RECEBER O DUVI DO EXERCÍCIO.		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
DPVAT		ÓRGÃO DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO	
3ª COTA IPVA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
2ª COTA IPVA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
1ª COTA IPVA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
UNICA IPVA 317047108891230173		UNICA DPVAT ORG. TRÂNSITO DE PERNAMBUCO UNICA DPVAT ANTERIOR 09398892409 17013003974230130	

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA PFN9780	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
-------------------------	------------	-----------------------	------------	-------------

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
3ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA PFN9780	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
-------------------------	------------	-----------------------	------------	-------------

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
2ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA PFN9780	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
-------------------------	------------	-----------------------	------------	-------------

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
1ª PARCELA IPVA

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2017

SEGURO DPVAT.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA, brasileiro, estado civil solteiro, agricultor, residente e domiciliado na trav.izidio ferreira Nº 55, bairro padre Pedro pereira AFOGADOS DA INGAZEIRA – Estado PE, CEP.56800-000, portador do RG 6807449 SDS/PE e CPF nº 366.825.628-45

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estado civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique Dias, nº 288, bairro Centro, Município de AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2.7761.780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (a) ocorrido em **21/04/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

AFOGADOS DA INGAZEIRA/ PE, 27 de ABRIL de 2017.

OUTORGANTE

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	2ª COTA IPTA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-----------------------	--------------	-----------------------

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - SECRETARIA DA FAZENDA
IPVA E LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS / 2017

Emissão: 16/01/2017

PLACA PFN9780	PROPRIETÁRIO (CONFIRA OS DADOS ANTES DE PAGAR) MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES		CPF/CNPJ 08399802400
RENAVAM 370457108	ANO FABR. 2011	CHASSI 9CZHB0210CR001012	MARCA/MODELO HONDA/POP100

3ª COTA IPVA	DPVAT ANTERIOR
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO:
 PAGÁVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, DEF E LOTÉRICAS (COMPENSAÇÃO ORÇ. ME PARA TODOS OS DÉBITOS);
 BRADESCO e SANTANDER (ONLINE, EXCETO DPVAT); ITAU (ONLINE, EXCETO DPVAT E IPVA); ITI (TRÊS DIAS ÚTEIS);
 APÓS O PAGAMENTO DOS DÉBITOS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES, COMPAREÇA EM QUALQUER UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO DO DETRAN/PE PARA RECEBER O ORLVO DO EXERCÍCIO.

DPVAT	ÓRGÃO DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

5ª COTA IPVA	ÚNICA DPVAT	90637045710800111717
2ª COTA IPVA	ÓRG. TRÂNSITO DE PERNAMBUCO	417313003372235130
1ª COTA IPVA	ÚNICA DPVAT ANTERIOR	
ÚNICA IPVA		

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
3ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
2ª PARCELA IPVA

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - IPVA

PLACA	VALOR 2017	VALOR EXERC. ANTERIOR	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
PFN9780				

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
1ª PARCELA IPVA

EXCELSIOR SEGUROS
 11 JUL 2017
 SEGURO DPVAT.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: AFOGADOS DA INGAZEIRA

DISTRITO: " " "

CERTIDÃO DE CASAMENTO

Nº 1.362

Eu, Maria Luiza de Moraes Teixeira OFICIAL do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que da fls. 108 do livro "B" - 2 do registro
de casamentos, consta o termo de casamento, realizado no dia 06
de outubro de 1993. Perante
o Dr. Juiz de Direito da Comarca

de JOÃO VIANEY VIEIRA DA SILVA

com dona Helenita Siqueira Liberal

Ele, contraente, nascido em Sítio Bom Jesus - Carnaíba - PE

No dia: 24 de janeiro de 1960

filho de JOSE GALDINO DA SILVA

e DOMINGA VIEIRA DA SILVA

Ela, contraente, nascida em Sítio Juxaba - deste município

No dia: 16 de setembro de 1965

filha de ANTONIO DE PAULA LIBERAL

e HELENA SIQUEIRA LIBERAL

A contraente após o casamento passará a usar o nome EXCELSIOR SEGUROS
HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA.

Foram testemunhas as que constam no termo.

11 JUL 2017

SEGURO DPVAT

OBSERVAÇÕES: 1ª via. (casados pelo regime de Comunhão Universal de Bens).
(Escritura de Pacto Antenuptial feita no Cartório do 2º Ofício desta Comarca,

Cartório do sub-livro nº 66, fls. 001, em 16 de setembro de 1993)

Maria Luiza de Moraes Teixeira

Oficial

Maria Luiza de Moraes Teixeira

Vilma Dan

Substituta

Afogados da IngaZEIRA - PE

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Afogados da IngaZEIRA

06

de

Outubro

de 1993

Maria Luiza de Moraes Teixeira

OFICIAL

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11305356

A/C: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170377213 ASL-0266051/17
Vítima: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
Data Acidente: 21/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11307446

A/C: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170377213 ASL-0266051/17

Vitima: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Data Acidente: 21/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentos de identificação não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA

Nº Sinistro: 3170377213
Vitima: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
Data do Acidente: 21/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170377213**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12216142





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Nilson Lopes TeixeiraPORTADOR(A) DO RG Nº 6807449 EXPEDIDO POR 5051PE EM 07/02/2001 ECPF 366825628-45 /CNPJ _____, PROFISSÃO Recebe

E RENDA MENSAL DE R\$ zero (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Nilson Lopes Teixeira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

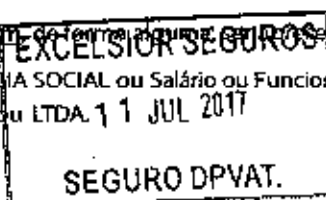
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no processo, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de pagamento



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA. 11 JUL 2017
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2542-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 670973-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

A da Luz PE de 05.07. de 2017 Jose Nilson Lopes Teixeira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM: 017425

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA 09:09 HRS
AGENCIA 2542 CONTA 0670973-7 22/MAI/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 43,50-
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 43,50-
TOTAL DE RECURSOS 43,50-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

----- JUNHO/2015 -----		
DIA	HISTORICO	N. DOCTO VALOR
03	SALDO ANTERIOR	0,00
----- MAIO/2017 -----		
22	TARIFA BANCARIA 0090317	14,50-
	CESTA BRADESCO EXPRE	
	TARIFA BANCARIA 0100517	14,50-
	CESTA BRADESCO EXPRE	
	TARIFA BANCARIA 0120417	14,50-
	CESTA BRADESCO EXPRE	
	SALDO TOTAL	43,50-

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Ato Bradesco - 0800 7046303.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas. 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

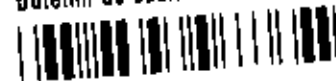
EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2017

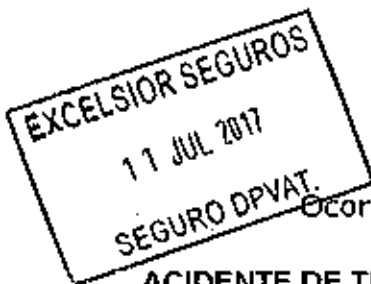
SEGURO DPVAT



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA - DP167ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

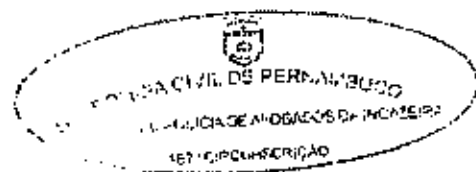
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0257000633**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/04/2017** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/4/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO ROÇA DE PEIA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO - /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES (OUTRO)
JOSE RENATO DA SILVA LOPES (TESTEMUNHA)
MANOEL LEITE SIQUEIRA (TESTEMUNHA)
JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RENATO DA SILVA LOPES**

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

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

JOSE RENATO DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCIENE BARBOSA DA SILVA LOPES Pai: JOSE FERREIRA LOPES Data de Nascimento: 21/7/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **TRAVESSA IZIDIO FERREIRA, PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 67 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES LOPES TEIXEIRA Pai: JOÃO FRANCISCO TEIXEIRA Data de Nascimento: 13/9/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **TRAVESSA IZIDIO FERREIRA, PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MANOEL LEITE SIQUEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LEONOR LEITE MELO Pai: FRANCISCO DE ASSIS SIQUEIRA Data de Nascimento: 3/12/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SÃO SEBASTIÃO, POR TRÁS DE NEGUINHO DO AÇO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 11 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DE NEGUINHO DO AÇO**

MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RENATO DA SILVA LOPES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFN9780** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **370467108** Chassi: **9C2HB0210CR001012**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE QUANDO JOSE RENATO - CONDUTOR DA MOTO - TENTOU DESVIAR DE UMA POÇA DE ÁGUA, A MOTO FICOU BEM PRÓXIMA AO CHÃO E COM MEDO DE CAIR, NILSON TENTOU APOIAR A MÃO DIREITA NO CHÃO, ONDE ACABOU FRATURANDO A MESMA. ENTÃO, DEVIDO A ESTE FATO, TANTO RENATO COMO NILSON, VINHERAM ATÉ ESTA DP PARA REGISTRAR O OCORRIDO. OBS: APESAR DA MANOBRAS FEITAS POR RENATO, AMBOS CAÍRAM AO CHÃO, PORÉM, SÓ NILSON SE LESIONOU.

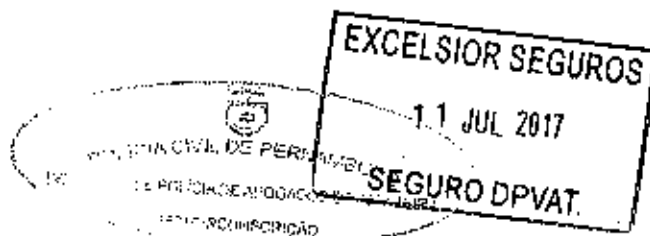
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSE RENATO DA SILVA LOPES
(TESTEMUNHA)

JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GUSTAVO HENRIQUE TORRES DE MORAIS** - Matrícula: **319708-5**

Gustavo Torres



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



EU, JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA portador da carteira de RG Nº 6807449 SDS/PE e inscrito no CPF / MF sob o nº 366.825.628-45 residente e domiciliado na Trav. Izidio Ferreira Nº 55, bairro **padre Pedro pereira** Cidade, **AFOGADOS DA INGAZEIRA** Estado **PE**, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; OU
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; OU
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

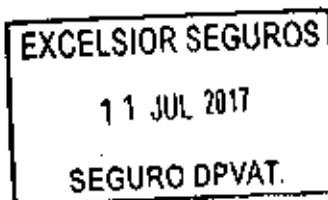
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência 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 concordância com a fatura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, Ca discorde do seu conteúdo.

Jose Nilson Lopes Teixeira

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação



AFOGADOS DA INGAZEIRA- PE 27/04/ 2017.



FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição de caso: Acidente de Transporte Terrestre (ATT) é todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

Nº da Notificação:

1. Município de notificação:

AFOGADOS DA ENGAZEIRA - PE

3. Unidade Sentinela

A.E.C.

5. Data do atendimento:

23/10/2017

6. Número de registro / Prontuário:

7. Nº da regulação:

2. GERS:

4. CNES

8. Nome:

JOSE WILSON LOPES TEIXEIRA

10. UF Residência

PE

11. Município de Residência

AFOGADOS DA ENGAZEIRA

9. Tel:

()

12. Código do IBGE

13. Sexo:

☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐ 99. Ignorado

14. Data de nascimento:

23/10/1982

15. Idade:

34

☐ 1. Dia ☐ 2. Mês ☒ 3. Ano

16. Raça/Cor

☐ 1. Branca ☐ 3. Amarela
☐ 2. Preta ☒ 4. Parda

☐ 5. Indígena
☐ 99. Ignorado

17. Ocupação relacionada ao setor de transporte

☐ 1. Sim ☐ 88. Não se aplica
☐ 2. Não ☐ 99. Ignorado

18. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte:

☐ 1. Motorista de carro de passeio ☐ 4. Motorista de caminhão ☐ 7. Condutor de veículo a pedais ☒ 88. Não se aplica
☐ 2. Motorista de táxi ☐ 5. Mototretista ("Motoboy") ☐ 8. Mototaxista ☐ 99. Ignorado
☐ 3. Motorista de ônibus/similar ☐ 6. Condutor de veículo de tração animal ☐ 77. Outros:

19. Ocupação não relacionada ao setor de transporte:

20. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela:

☒ 1. Veículo particular ☐ 3. SAMU ☐ 5. Ambulância ☐ 7. A pé ☐ 99. Ignorado
☐ 2. Viatura policial ☐ 4. Resgate/Bombeiro ☐ 6. Coletivo ☐ 77. Outro

21. Condição da vítima ao chegar na unidade sentinela:

☒ 1. Consciente ☐ 2. Inconsciente ☐ 3. Morto ☐ 99. Ignorado

22. Data do acidente:

23/10/2017

23. Hora do acidente:

19:07

24. Zona de ocorrência:

☐ 1. Urbana ☒ 2. Rural ☐ 99. Ignorado

EXCELSIOR SEGUROS

25. UF de ocorrência:

26. Município de ocorrência:

AFOGADOS DA ENGAZEIRA

SEGURO DPVAT

27. Código IBGE

28. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br., etc.):

Sítio Alca de Peia

30. Bairro:

ZONA RURAL

32. Tipo de vítima:

☐ 1. Condutor ☐ 2. Pedestre ☒ 3. Passageiro ☐ 4. Outros

33. Meio de locomoção da vítima no momento do acidente:

☐ 1. A pé ☒ 3. Motocicleta ☐ 5. Ônibus/Similar ☐ 7
☐ 2. Automóvel ☐ 4. Bicicleta ☐ 6. Veículo pesado ☐ 8

34. Natureza do acidente:

☐ 1. Colisão/Abaloamento ☒ 3. Tombamento ou Capotamento
☐ 2. Atropelamento ☐ 4. Queda em/do veículo

PE

CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Phara Mansenher Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da Engazeira (PE)
Tel.: (82) 3638-3203 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
Selo: 0150593.PPD04201701.02917 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
27/04/2017 14:41:55 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto

LUCILIO VALERIO S. SANTOS
*Screvente

☐ 6. Outro

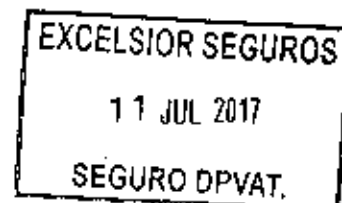
**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

EU, JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA RG nº **6807449**, data de expedição 07/02/2001 Órgão SDS/PE e CPF nº **366.825.628-45**, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	TRAV. IZIDIO FERREIRA
Número	55
Apto / Complemento	CASA
Bairro	PADRE PEDRO PEREIRA
Cidade	AFOGADOS DA INGAZEIRA
Estado	PE
CEP	56800-000
Telefone de contato	(87) 99912-9089 (TIM) (87) 98865-4729 (OI) (87) 3838-3852 (FIXO) (87) 99140-5025) CLARO HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
E-mail	Afofardas.helenita@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE. **28 / 04 /2017.**



Assinatura do Declarante: Jose Nilson Lopes Teixeira



Nota Fiscal Fatura Contábil de Energia Elétrica
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50020-072
 CNPJ 10.875.822/0001-08 (Insc. Est. 0055943-03) | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 GEOVANE FERREIRA LOPES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA BELA VISTA 72 A

PONTES AFOGADOS DA INGAZEIRA
 AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
 50800-000

CPF 086 804 484-30

CLASSIFICAÇÃO
 81 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

EMPRESA/NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
002941183	UNICA	21/02/2017
AMPERE/REATOR	Nº DO SUBSTO	Nº DO INYALCADO
21022017	2014924851	18072

CONTA CONSTRUÍDA	MÊS/ANO
7022693305	02/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
02/03/2017	24/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	59,56

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo (kWh)		82,000000	0,31091162	50,85
Contribuição Burocrática PGE				8,90
ICMS Substituição - CDE-MF 003025275-28/12/18				0,40
Multa por atraso - MF 003025275-28/12/18				1,18
Juros por atraso - MF 003025275-28/12/18				0,39

TOTAL DA FATURA						
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTA FISCAL						
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE CONTADOR	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
704725	CAI	24012017	27 374,20	21 022017	27 407,20	20
					1,00000	11,20
						CONSUMO TOTAL (kWh)
						11,20

INFORMAÇÕES DE PRODUTOS		COMPOSIÇÃO DE PREÇOS	
PRODUTO	VALOR DO VENCIMENTO	PRODUTO	VALOR DO VENCIMENTO
ICMS	50,85	Contribuição Burocrática PGE	8,90
ICMS	8,90	ICMS Substituição - CDE-MF	0,40
CONTRIB.	1,18	Multa por atraso - MF	1,18
		Juros por atraso - MF	0,39
		Total	59,56

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 A Nota Fiscal e o boleto são emitidos e validados eletronicamente pelo sistema de emissão de notas fiscais da CELPE. O cliente deve verificar a validade da Nota Fiscal e do boleto antes de efetuar o pagamento. O cliente deve verificar a validade da Nota Fiscal e do boleto antes de efetuar o pagamento. O cliente deve verificar a validade da Nota Fiscal e do boleto antes de efetuar o pagamento.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Conta	Valor	Conta	Valor
Conta 704725	52,18	Conta 704725	52,18

Em caso de não pagamento do boleto, a formação de juros e multa será de 10% ao mês, mais o valor do boleto. O cliente deve verificar a validade da Nota Fiscal e do boleto antes de efetuar o pagamento. O cliente deve verificar a validade da Nota Fiscal e do boleto antes de efetuar o pagamento.

DESCRIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS			
INTERFERÊNCIA	VALOR	VALOR	VALOR
INTERFERÊNCIA	17,05	INTERFERÊNCIA	17,05
INTERFERÊNCIA	17,05	INTERFERÊNCIA	17,05
INTERFERÊNCIA	17,05	INTERFERÊNCIA	17,05

Atenção! A CELPE informa que você possui contas em aberto. O cliente deve verificar a validade da Nota Fiscal e do boleto antes de efetuar o pagamento. O cliente deve verificar a validade da Nota Fiscal e do boleto antes de efetuar o pagamento.

EXCELSIOR SEGUROS
 1 JUL 2017
 SEGURO DPVAT.

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

EU, HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, RG nº 2.761.780, data de expedição 26/04/2017 Órgão SDS/PE e CPF nº 589.391.134-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

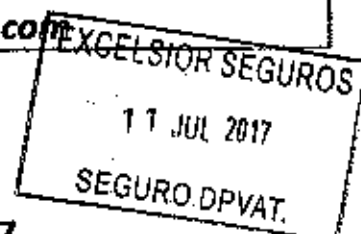
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUIA HENRIQUE DIAS
Número	288
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	AFOGADOS DA INGAZEIRA
Estado	PE
CEP	56800-000
Telefone de contato	(87) 99912-9089 (TIM) (87) 98865-4729 (OI) (87) 3838-3852 (FIXO) (87) 99140-5025 (CLARO) HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
E-mail	Afofardas.helenita@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE. 04/05/2017.

Assinatura do Declarante:

Helanita Siqueira Liberal Silva





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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50.750-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 060263-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOAO VIANEY V SILVA MENEZES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 388

CNPJ 70 224 486/0001-73

CENTROAFONIA DOS DA INJAZEIRA
AFONIA DOS DA INJAZEIRA PE
56800-000

CLASSIFICAÇÃO
RU COMERCIAL
COMERCIAL
Tabela 3

CONTA CONTRATO 7008375172 03/2017

DATA DE VENCIMENTO 24/03/2017 DATA DE RECEBIMENTO 17/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 639,23

APRESENTAÇÃO SÉRIE 031968768 UNIC 17/03/2017

APRESENTAÇÃO SÉRIE 031968768 UNIC 17/03/2017

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	732,00	0,1545355	446,85
Rebates e Bandeira AMARELA			11,07
Contribuição de Iluminação Pública			124,75
Relação de Unidade Consumidora			28,39
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			7,93
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			9,30
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			6,30
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			3,70

TOTAL DA FATURA 639,23

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	732,00	0,1545355	446,85
Rebates e Bandeira AMARELA			11,07
Contribuição de Iluminação Pública			124,75
Relação de Unidade Consumidora			28,39
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			7,93
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			9,30
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			6,30
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			3,70

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	732,00	0,1545355	446,85
Rebates e Bandeira AMARELA			11,07
Contribuição de Iluminação Pública			124,75
Relação de Unidade Consumidora			28,39
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			7,93
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			9,30
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			6,30
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			3,70

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	732,00	0,1545355	446,85
Rebates e Bandeira AMARELA			11,07
Contribuição de Iluminação Pública			124,75
Relação de Unidade Consumidora			28,39
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			7,93
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			9,30
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			6,30
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			3,70

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As condições de uso e as condições de pagamento estão disponíveis no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	732,00	0,1545355	446,85
Rebates e Bandeira AMARELA			11,07
Contribuição de Iluminação Pública			124,75
Relação de Unidade Consumidora			28,39
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			7,93
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			9,30
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			6,30
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			3,70

EXCELSIOR SEGUROS

17 JUL 2017

SEGURO DPVAT

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo - (kWh)	732,00	0,1545355	446,85
Rebates e Bandeira AMARELA			11,07
Contribuição de Iluminação Pública			124,75
Relação de Unidade Consumidora			28,39
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			7,93
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			9,30
Multa por atraso NF 031968768 - 17/03/17			6,30
Multa por atraso NF 031968768 - 15/02/17			3,70

CONTA CONTRATO 7008375172 03/2017

DATA DE VENCIMENTO 24/03/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 639,23





ANEXO I I

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 — Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados 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.

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

²Conselho 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.

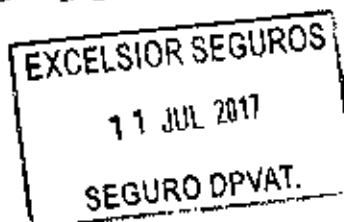
Pelo exposto, eu **HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA** portador (a) do RG 2.761.780 SDS/PE e CPF Nº 589.391.134-20, na qualidade de procuradora / intermediária do beneficiário (a) Jose Wilson Lopes Teixeira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Jose Wilson Lopes Teixeira e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ME RECUSO

Renda Mensal: ME RECUSO

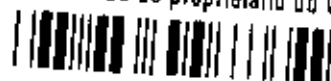
Documentos comprobatórios: J

Helanita Siqueira Liberal Silva
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Declaração do proprietário do veículo



EU, **MARCUS VINICIUS ALBUQUERQUE**, RG Nº _____, data de Expedição ____/____/____
Órgão ____/____ Portador do CPF 093.998.024-00 Com domicílio na cidade de **SÃO PAULO-PE**

no Estado de PE. Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada) N _____, bairro _____
complemento **CASA**. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é
(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima . **JOSE NILSON LOPES
TEIXEIRA**

Cujo condutor era . **JOSE RENATO DA SILVA LOPES**

Veículo: **PAS/MOTOCICLETA**

Ano: **2011/2012**

Modelo: **HONDA/POP 100**

Placa: **PFN 9780**

Chassi: **9C2HB0210CR001012**

Data do Acidente: **21/04/2017**

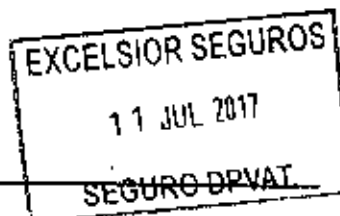
Local e Data: **AFOGADOS DA INGAZEIRA- PE 13/06/2017.**

x Jose Nilson Lopes Teixeira

Assinatura do Declarante



x Jose Renato da Silva Lopes



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

OBSERVAÇÃO: MARCUS VINICIUS ALBURQUEQUE NÃO SABEMOS ONDE LOCALIZAR EM SÃO PAULO.

SERVIÇO NOTARIAL

Pça. Mons. Arruda Câmara, 187 - Centro - 56800-000 -
Afoogados da Ingazeira (PE)

Reconheço Por Autenticidade a firma de **JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA** e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.R\$ 3,49, TSNR R\$ 0,78, FERC R\$ 0,39
Selo: 0150599.VLW05201701.03329 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
13/06/2017 15:30:43 - **LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS** - Substituto

Lucílio Valério S. dos Santos
Escrevente Substituto

SERVIÇO NOTARIAL

Pça. Mons. Arruda Câmara, 187 - Centro - 56800-000 -
Afoogados da Ingazeira (PE)

Reconheço Por Autenticidade a firma de **JOSE RENATO DA SILVA LOPES** e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.R\$ 3,49, TSNR R\$ 0,78, FERC R\$ 0,39
Selo: 0150599.GTF05201701.03330 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
13/06/2017 15:35:31 - **LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS** - Substituto

Lucílio Valério S. dos Santos
Escrevente Substituto

SUS-16248519239 0001

Documentação médica - hospitalar

BOLETIM DE EMERGÊNCIA



SUS		Unidade: A.B.G.G.				Data: 23/04/2017	
PACIENTE	Nome: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA					Nº da Ocorrência	
	Residência: TRAV. TRINHA FERREIRA, 55 / PO. REDO. PEREIRA - AEO da M. 64201-100					Telefone:	
RESPONSÁVEL	Nome: MARIA DAS ANES LOPES TEIXEIRA					Telefone:	
	Residência:					Telefone:	
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		Servidora	☒ MASC. ☐ FEM.	33/09/1982	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
				1982	UF		
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		SAÍDA		SAÍDA		☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CASO POLICIAL	
		CHEGADA		CHEGADA 2007			
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exame Complementares		
MAX.: 110	MIN.: 80		AXILAR: 36	RENAL	CONFERIDO VER Ra punko		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - sintomas					Tratamento		
Paciente com dor, cefaleia punko @, no punho					CI = CI Ra punko e vômitos com 20-30 E Simb. leg. para punho		

PE **CARTÓRIO UMBERTO GOMES**
 Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
 CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE)
 Tel.: (27) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 2,99, TSNR R\$ 0,66, FERC R\$ 0,33
 Selo: 0150599 MBQ04201701.02916 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
 27/04/2017 14:41:55 - LUCILIO VALERIO SILVINO, DOS SANTOS - Substituto

LUCILIO VALERIO S. SANTOS
ESCREVENTE

Encaminhado

Removido

Óbito às _____ h _____ Min. do

Dia _____

Encaminhado ao IML ()

EXCELSIOR SEGUROS
1.1 JUL 2017
SEGURO DPVAT

Impressão Diagnóstica

Ra punko @

Licença Concedida _____ Dias

Dr. Edmar Euzébio Neto
 Médico -
 CRM-PE 18.656

Assinatura - Carimbo - CRM - / CRO

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:**Paciente:**

Idade:

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 - Afogados da Ingazeira - PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Milton Lopes Teixeira
Profissão: Agricultor

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- ☒ Afastar-se do trabalho por 60 (sessenta) dias
☐ Afastar-se das aulas por _____ dias
☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias
☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.
Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Fratura do osso D.

Procedimento: Osteossíntese

CID 10: S52.5

Afogados da Ingazeira 09 de 05 de 20 17

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 45.946 - SBO 11.923

**SUS**Sistema
Unico de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE DE MOURA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 9 4 3 8

4 - CNES

Identificação do Paciente

PRONTUÁRIO Nº 440

NOME: ROSE NELSON LOPES TEIXEIRA

ENDEREÇO: RUA VISTA, 4647

BAIRRO: PARQUE PEDRO PEREIRA

CID: APODIAGOS DA INHAZEIRA-PE

Nasc: 15/07/1980 Idade: 34 Anos, 7 Meses

Mãe: MARIA DAS LORES LOPES TEIXEIRA

Pai: JOÃO FRANCISCO TEIXEIRA

Profissão: APLICADOR

Unidades: POSTO 1474000004

Serviço: CLÍNICA GINECOLÓGICA DE HOMENS

Médico: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR

C.N.S.: 162695102790001

RG: 10.830.001.0000

CPF: 04.900.000

Pessoa Física: 04.900.000

CPF: 04.900.000

RG: 10.830.001.0000

Indicação: SUR INTERNACAO

Emissão: 04/05/2017 às 08:20

Emissão: 02

CRM: 15990

Carteira:

6 - Nº PRONTUÁRIO

MENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RAÇA/COR

12 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

14 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

GE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu trauma no pun-
ho D, com dor, edema e
deformidade.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura do ulna distal D

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

Rx do punho D

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do ulna distal D

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52B

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução fechada + osteossíntese.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04008020431

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0137458934-791

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Francisco E. Melo Jr.

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 15990

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/05/17

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Francisco E. Melo Jr.

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 15990

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - CID. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

ENFERMARIA: _____

LEITO Nº _____

PACIENTE

NOME: _____

SEXO: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

Nº DOCUMENTO: _____

FRONTIÇÁRIO: 0019506
NOME: JOSE NILSON LOPES TEIXEIRA
END: RUA BELA VISTA, Nº 7
BAIRRO: PADRE PEDRO FERREIRA
CID: 14600005 BA INGAZETINA-PE
Nasc: 13/09/1982 Idade: 34 Anos, 7 Meses
Mãe: MARIA DAS DORES LOPES TEIXEIRA
Pai: JOAO FRANCISCO TEIXEIRA
Profissão: AGRICULTOR
Unidade: POSTO 1 - CIRURGICA
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEN
Médico: FRANCISCO ORLANDO DE ALBUQUERQUE JUNIOR
CJA: 16240516239004

REGISTRO: 00110430
SE: 00000000 INO
ESP: 00000000 ESTABE
CEP: 56.000-000
FONE: 87777540400

Convênio: SUS INTERMUNIC
B. Inter: 04/09/2017 às 08:20
Inf. e LET 02
CRM: 17940
Carteira:

D. CIVIL: _____

RESPONSÁVEL

PAI: _____

MÃE: _____

Nº DOCUMENTO: _____

FONE: _____

INTERNADO POR ORDEM DE: _____

ASS DO MÉDICO - CRM _____

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 17.940
SBO 17.923

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE: _____

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

NATUREZA DO ACIDENTE:

☐ CASUAL

☐ QUEDA

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

☐ ACIDENTE DO TRÂNSITO

☐ INTOXICAÇÃO

☐ AGRESSÃO

☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO

☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA

☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO _____

PRESSÃO ARTERIAL: _____

MX _____

NN _____

PULSO: _____

BPM _____

TEMPERATURA: _____

°C _____

PESO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Paciente sofreu trauma no
ponto D, com avulsão, edema e
hemorragia.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____

Hemorragia no ponto D

ATENÇÃO MÉDICA

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 17.940
SBO 17.923

EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de ulna D.

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar: _____ dias

Motivo:

Decisão Médica

Alta Pedida

Transferência

Indisciplina

Óbito em

Hora

+ 48 Horas

- 48 Horas

Alta

Curado

Melhorando

Inalterado

Piorado

Óbito

Transferido para

Diagnóstico definido

Fratura de ulna distal D.

Tratamento

Redução fechada e estabilização

Diagnóstico anômalo-Paratológico

Data

05.05.18

Ass. do Médico - CRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.948 5807 11.953



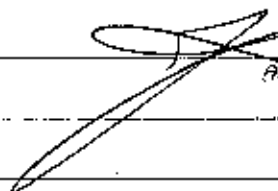
Centro Hospitalar Dr. José Evoide de Moura

Relatório de Operação

Nome do Paciente <i>José Nilson Leopes</i>		Número do Registro <i>145486</i>
Clínica <i>Ortopedia e Traumatologia</i>		Número do Leito
Operador <i>Francisco E. Melo Jr.</i>		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentador		Anestesista <i>Thais</i>
Anestesia		Duração
Data da Operação <i>04/05/11</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura do rádio distal D.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>União</i>		
Operação Proposta <i>Redução aberta + osteossíntese.</i>		

Descrição do Ato Operatório

- 1 - Paciente em DDM sob anestesia.
- 2 - Acepsia e antisepsia e campo estéril.
- 3 - Acesso ao dorso do punho D, dissecção por planos, identificação da fratura do rádio distal D.
- 4 - Realizar redução aberta e osteossíntese com fios de Kirschner cruzados.
- 5 - Faturar no início.
- 6 - Curativo compressivo.
- 7 - Tala leve à D.

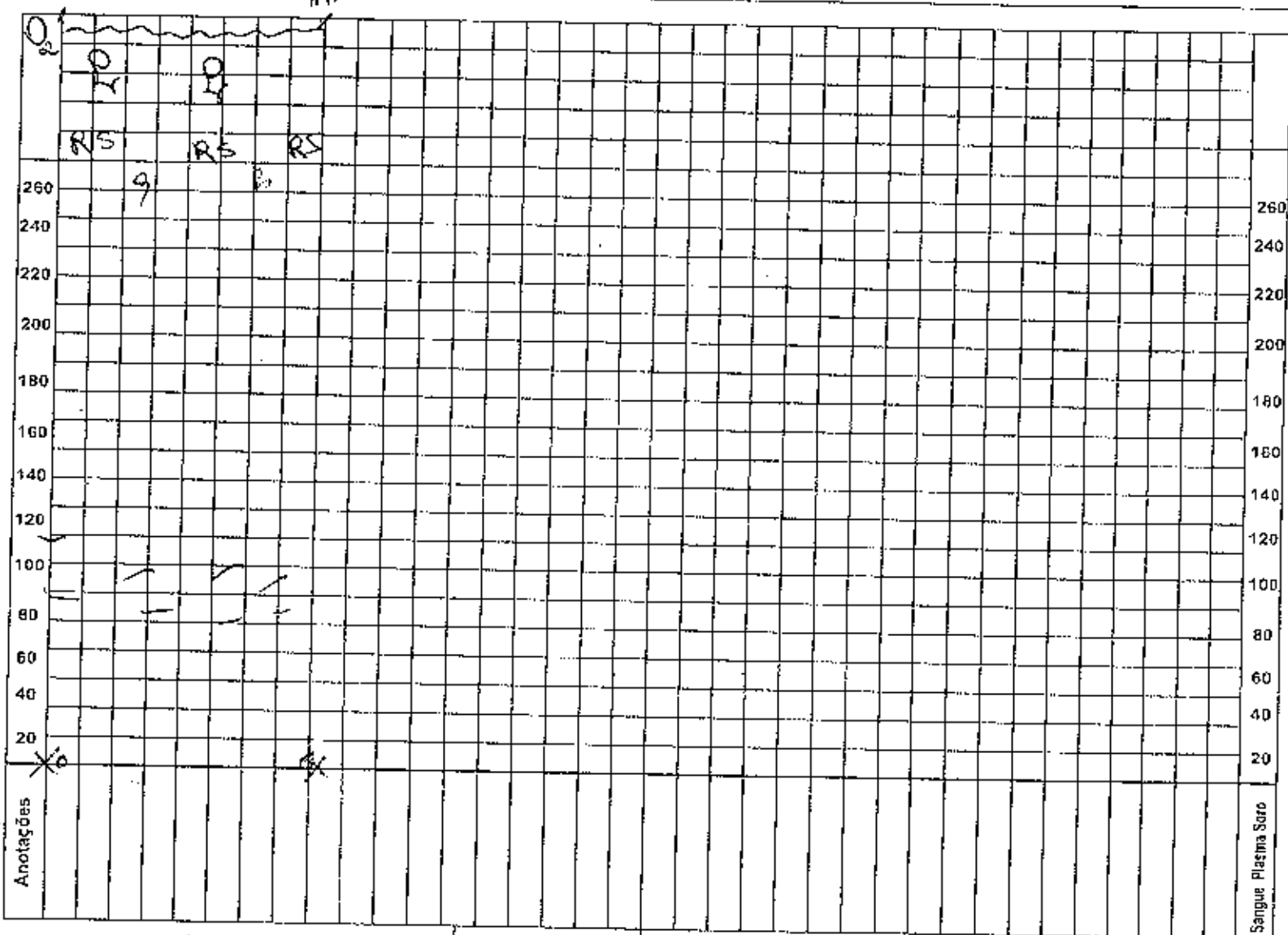

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
RPM 11.923
SRO 11.923

FICHA DE ANESTESIA

Nome: John Nelson Jensen Data: 04, 05, 1971

Premedicação: _____ Hora: _____

Hora: 10:50



Agente

Quant.

Técnica e tipo de Anestesia

Kilo of 100 1, 20
 around
 100
 100

4.00
2.00
1.00
0.00

Block de bloco irregular e pora

Duração da Op.: _____ Duração de Anest.: _____

Cond. no final da op.: _____ Resultado BRM Consciência: _____

Observação: _____

Dr. Thales de Menezes
CRM 10.888
11-06-2005

Dr. Francisco E. Nieto Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 380-1792



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

Jose Nilson Soares

Registro Nº: 145486

Clínica:

Ortopedia e Traumatologia

Enf.:

Leito Nº:

DATA

HORA

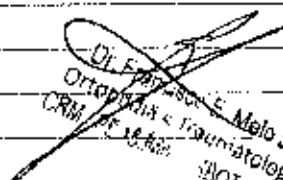
EVOLUÇÃO

04/05/17

A.O. Bateria do osso D.

Realizada redução cirúrgica e
osteossíntese.

C.O. Solicito RT controle.


Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 15.244 SBO7 11.523

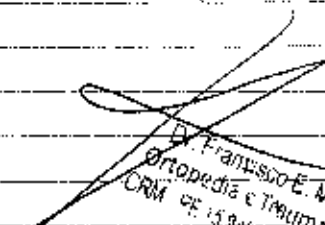
05/05/17

12 DPD

Paciente evoluiu bem, sem dores

RT controle com boa redução

C.O. Alta hospitalar.


Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 15.244 SBO7 11.523



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE

CLÍNICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: <u>Jose Wilson Lopes Teixeira</u>	SEXO: <u>M</u>
ENF.: _____	LEITO: _____
DATA: <u>04/05/17</u>	

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06		
PA	<u>120</u>				DIURESE					☒ CONSCIENTE	
T					SNG					☐ ALERTA	
P					DRENO TORAX					☐ SEDADO	
R					OUTROS					☐ SONOLENTO	
SpO2					TOTAL					☐ TORPOROSO	
HGT										☐ COMATOSO	
										☐ INCONSCIENTE	
										OUTROS: _____	

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO	☒ ESPONTÂNEAS ☐ VM ☐ CATETER O ² ☐ VENTURI	☐ SIM ☒ NÃO	☐ TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
☒ REGULAR ☐ IRREGULAR	☒ NORMOSFÍGMICOS ☐ BRADISFÍGMICO ☐ TRAQUISFÍGMICO	☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐ HIPOTENSO	☐ SIM ☒ NÃO TIPO: _____	VSC: D () E () VJI: D () E () PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMEN	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME ☒ GLOBOSO ☐ PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ V. O. ☐ SNE ☐ SNG ☐ PARENTERAL	☒ NORMAIS ☐ CONSTIPAÇÃO ☐ DIARRÉIA ☐ MELENA
			☐ PENROSE ☐ OSTOMIA ☐ NENHUMA TIPO: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA	
☒ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☒ NÃO	☒ SIM ☐ NÃO	☐ CONCENTRADA ☐ LÍMPIDA	☒ CÍTRICO ☐ COLÚRICA ☐ HEMATÚRIA
				☐ ANÚRIA ☐ POLIÚRIA ☐ PIÚRIA

AVALIAÇÃO DA PELE

☒ HIDRATADA ☐ DESIDRATADA ☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA	☐ ICTÉRICA ☐ ANICTÉRICA ☐ CIANÓTICA ☐ EDEMACIADA ☐ HEMATOMA ☐ ESCORIADA	☐ ULCERA PI PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS ☐ SIM ☐ NÃO	ASPECTO ☐ LIMPA ☐ INFECTADA	EXSUDATO ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE ASPECTO: _____
--	--	---	---	---	---

FERIDA OPERATÓRIA

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
☐ SIM ☒ NÃO	LOCAL ☐ MSD ☐ MSE
	☐ NORMAL ☐ CIANÓTICO

INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO	Materiais Utilizados Data 04/05/17	Equipo 1	Cateter Jelco 80	Scalp	Espadapao 30 cent.	Algodão Bola 03	Luva Procedimento L	Seringa 5cc	Seringa 10cc L	Seringa 20cc	Seringa Insulina	Multivias	Aguilhas Descartáveis L	Outros:
INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO	Materiais Utilizados Data 04/05/17	Equipo	Cateter Jelco	Scalp	Espadapao	Algodão Bola	Luva Procedimento	Seringa 5cc	Seringa 10cc L	Seringa 20cc	Seringa Insulina	Multivias	Aguilhas Descartáveis L	Outros:



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOÍDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Vídeo Laparoscopia Diagnóstica, Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiotocografia Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

COMISSÃO TÉCNICA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO

Nome: José Nilson Lopes Teixeira Prontuário: 745485

Nº Documento: _____

Sexo: () F (☒) M Idade: 34 Data de Internação: 04.05.17

Clínica: Ortopedia Alta em: 05.05.17

Óbito: _____ Associação à infecção () Outras causas ()

Diagnóstico: _____

Cirurgia: Fratura de Rôdia

Data da Cirurgia: 04.05.17 Cirurgião: _____

Tipo: () Limpa () Contaminada () Potencialmente contaminada () Infectada

Tipo de Anestesia: _____ Anestesiista: _____

Parto Transpélvico: () Sim () Não Obstetra: _____

Data: _____ Bolsa Rota: () Não () Sim Nº de Horas: _____

Episiorrafia: () Sim () Não Placenta () Completa () Incompleta

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

() Assist. Ventilatória	() Dissecção Venosa	(☒) Punção Lombar
() Biópsia	() Entubação	() Punção Toxáica
() Cateterismo Vesical	() NPT	() Hemotransfusão
() Cateterismo Venoso	() Nebulização	() Traqueostomia
(☒) Punção Venosa	() Punção Abdominal	() _____
Infecção: () Sim () Não	() Comunitária () Hospitalar	() Ambas

LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR (MARCAR COM X)

() Coto Umbilical	() Ocular	() Puerperal
() Cutânea Cirúrgica	() Ouvido	() Respiratória
() Ferida Cirúrgica	() Oral	() Urinária
() Gastro Intestinal	() Perilonial	() Venosa (flebite)
() Outras _____	() _____	() _____

USO DE ANTIMICROBIANO () Não (☒) Sim (☒) Profilático () Ambos

<u>Cefalotina</u>	<u>2g IV, 6/6h</u>	<u>04.05.17</u>	<u>05.05.17</u>
-------------------	--------------------	-----------------	-----------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Cultura: () Sim (☒) Não	Tipos: _____	Data/Coleta: _____	Resultados: _____
--	--------------	--------------------	-------------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Data: 04.05.17

Dr. Francisco E. Nelo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.660
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL



CASA DE SAÚDE Dr. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: Jose Nilton Lopes Registro: 110458
Data de admissão: 04/05/18 Leito: 34 Idade: 34 Sexo: UM () F

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura do rádio (D)

3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo

4. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Tabagismo ☐ obesidade ☐ DM
☐ Distúrbios psiquiátricos ☐ Alcolismo ☐ Alergias ☐ HAS ☐ Tuberculose
☐ Uso de drogas ☐ Outras

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

☒ Grave ☐ Hidratado ☒ Normocarado ☐ Afebril ☐ Anicérico ☐ Palidez
☐ Regular ☐ Desidratado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianose
☒ Bem ☐ Anasarca ☐ Hiperorado

Tegumento/Pele:

5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Desorientado ☒ Orientado ☐ Sob sedação

5.3 Sistema Respiratório

☐ Contínua ☒ Espontânea ☐ Suporte Mecânico
☒ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Espontânea
O2 suplementar: l/min Cateter nasal ☐ Macronebulização ☐ Máscara
Dreno torácico ☐ Sim ☒ Não Local:
Aspecto da drenagem:
Murmúrios Vesiculares: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local:
Ruidos Adventícios: ☐ Ronco ☐ Sibilos ☐ Estenoses ☐ Crepítantes Local:
Tosse ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva

5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta:
Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio ☐ Ausente

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdomen: ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano ☐ Globoso
Ascítico:
Ruidos Hidroéreos: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Hiperativos ☐ Hipoativos ☐ SNG ☐ SNE ☐ SGO ☐ Gavagem ☐ Drenagem
Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos ☐ Melena ☐ Enterorragia
Êmese: ☐ Presentes ☐ Ausentes Aspecto:

5.6 Sistema Genito-urinário:

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistostomia ☐ Uríperu
Aspecto:

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva
Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não
Força Motora: Conservada ☒ Sim ☐ Não Local:

MMSS:

MmII:

Observações do enfermeiro:

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Atitudes: ☒ Cooperativo ☐ Não cooperativo ☐ Agitado ☐ Choroso ☒ Calmo ☐ Ansioso

Nível sócio-econômico: Classe social: ☐ Alta ☐ Média ☒ Baixa

Condições de Moradia:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: ☐ Sim ☒ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☒ Não

Enfermeira M. dos Santos
Enfermeira
COREN-PE 318.260
COREN-PE 318.800



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatría, Ortopedia, Traumatologia,
Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma,
Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Vídeo Laparoscopia Diagnóstica,
Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiotacografia
Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2462 / 1965 - CEP: 55.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu, José Wilson Lopes Teixeira

_____ fui internado(a) pelo SUS neste Centro

Hospitalar Dr. José Evóide de Moura no dia _____/_____/_____

E NÃO PAGUEI absolutamente nenhuma importância pelos serviços
médicos, hospitalar, laboratorial ou serviços de enfermagem no tratamento de
minha doença.

Afogados da Ingazeira - PE, _____/_____/_____

* José Wilson Lopes Teixeira
Assinatura do Paciente ou Responsável

