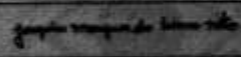
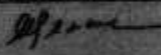


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO			
VALIDA EM TODOS O TERRITORIO NACIONAL 1024202044	NOME JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO	SOC. SECTORA / OUT. CATEGORIA 8333373-005 PR	
		CPF 089.295.108-16	DATA DE NASCIMENTO 02/06/1990
		IRACAO AUIZ GOMES DE SOUSA	
		FRANCISCA MARQUES DE SOUSA	
	PROFISSAO 04880797490	VALIDADE 04/03/2020	VALIDADE 30/09/2010
PRECISO PLATIFICAR 1024202044	OPERAÇÕES Motocicla Ativ Remanescente		
			
	LOCAL SERRA TALMADA - PR	DATA DE EMISSAO 25/01/2015	
			
	52703774183 88061073315		
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 014358027667
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 973438585
EXERCÍCIO 2019

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

SERRA TALHADA - PE

250.043.368-66 PLACA PHG8B46

250.043.368-66

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

VEÍCULO
MOTOCICLETA

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTIVO E SEUS ACIDENTES DE TRÂNSITO, RESPONSABILIDADE CIVIL
TRANSISTORIAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 014358027667 BILHETE DE SEGURO DPVAT
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA - PE EXERCÍCIO 2019 DATA DE EMISSÃO 21/03/19

250.043.368-66

RENAVAM 973438585

HONDA/NXR150 BRO3 E3

2003

9C2KD03306R051524

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) 28.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

CUSTO DO SEGURO (R\$) 4.01

TOTAL A SER PAGO (R\$) 84.59

DATA DE CANCELAMENTO 13/13/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ DE 245.405.066/1-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEM NAO FICAR POR DEBATORIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2019

Conduta mantida:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: DEFICIT DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491183 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PAG 6. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, Profissão AGRICULTOR residente e domiciliada na rua BARÃO
DE LUCENA, N° 116, Bairro DISTRITO VARZINHA, município de
SERRA TALHADA, Estado de (o) PE, cep: 56.923-000,
portador(a) do RG n° 37831244, SSP-SP e CPF n° 260.043.368-66

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N°.58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG n°.8.232.379 SDS-PE e CPF n°.089.205.184-16.

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 à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) EDILSON JOSE DO NASCIMENTO
ocorrido em 25/05/2019, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o **credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de**
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as **SEGURADORAS** que constitui o **COSÓRCIO DO**
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 11 , de JULHO 2019

Edilson Jose do Nascimento

OUTORGANTE

CPF n°. 260.043.368-66

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (07) 30311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de EDILSON JOSE DO NASCIMENTO. Dou Fé. Serra Talhada-PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol-R\$ 3,39. TSMR-R\$ 0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.YDK06201902.02620 11/07/2019 11:29:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 187.053.384-20

21 AGO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287535/19

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 260.043.368-66

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO : 260.043.368-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000238

Conta: 00000422654-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491183

Vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 260.043.368-66 4 - Nome completo da vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO 6 - CPF: 260.043.368-66
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA BARRO DE LUCENA 9 - Número: 116 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DISTRITO VARGINHA 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56923-000
15 - E-mail: JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (81) 988467128

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0238 CONTA: 42.2654 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE, 21/08/2019

21 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190491183
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Jose do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Barao de Lucena, 118
Distrito Varzinha Serra Talhada PE CEP: 56903-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 37831244
Data local do acidente: [25/05/2019]
Data local do exame: [06/09/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE METACARPO DA MÃO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 23/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIFICULDADE PARA APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DOS DEDOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Osvaldo A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002580**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2019** às **17:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/5/2019** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MALHADA DO BOQUERÃO - BETANIA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BETANIA, 1 - Bairro: VILA SÃO CAETANO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO DO NASCIMENTO Pai: JOSE LUIZ DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 15/10/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Residencial: **RUA BARÃO DE LUCENA - DISTRITO DE VARZINHA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 118 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - 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)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON JOSE DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHG8046** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **973436395** Chassi: **9C2KD03308R051524**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/NXR150 BROS ES**

21 AGO 2019

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A VITIMA NESTE BOLETIM NOTICIANDO QUE CONDUZIA SEU VEICULO MOTOCICLETA NA BR 232, ENTRANDO NA PE-340, SENTIDO SERRA TALHADA/BETANIA; QUE NO LOCAL CONHECIDO POR SITIO MALHADA DO BOQUERÃO, UM ANIMAL RURAL (VACA) ATRAVESSOU A PE-360; QUE A VITIMA DESVIOU DO ANIMAL, VINDO A CAIR NAS MARGENS DA RODOVIA; QUE A VITIMA SOFREU LESÃO NO PULSO DA MÃO ESQUERDA; QUE A VITIMA CONSEGUIU SE DESLOCAR ATE RESIDENCIA DE UM POPULAR QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL DE BETANIA, VINDO POSTERIORMENTE A DAR ENTRADA NO HOSPAM, CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE EMERGENCIA Nº 87; QUE A VITIMA NÃO SABE A QUEM PERTENCE O ANIMAL QUE ESTAVA SOLTO NA RODOVIA. ESTE REGISTRO DESTINA-SE AOS DEVIDOS FINS, NADA MAIS A RELATAR, ENCERRO.

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

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WERLOW FONSECA DA SILVA** -- Matrícula: **221.769-4**



21 AGO 2019

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 260.043.368-66 4 - Nome completo da vítima: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO 6 - CPF: 260.043.368-66
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA BARRO DE LUCENA 9 - Número: 116 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DISTRITO VARGINHA 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56923-000
15 - E-mail: JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (81) 988467128

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0238 CONTA: 42.2654 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE, 21/08/2019

21 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NOME: Edilson José do Nascimento	Nº REGISTRO:
DATA: 25.05.19	HORA: 05:08
CNS: 898 0014.2710.8832	DN: 13.10.75/ID: 45
NOME DA MÃE: Maria do Carmo do N	SEXO: M
PROFISSÃO: Agricultor	TELEFONE:
END: Malhada do Boqueirão	CIDADE: Betânia - PE

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS							
PA: 140x90	HGT:	T:	S02:	FC:	DOR:	IG:	PESO:

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor			Média dor			Pior dor				

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA ☐	AMARELO ☐	VERDE ☐	AZUL ☐
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA BREVE:

DROGAS:

ALERGIAS:

DOENÇAS PREEEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS:

CONDUTA INICIAL:

REAValiação:

1ª HORA:

2ª HORA:

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Quebra de alato
Trauma médio exposto.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1ª
2ª

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3. Dipiridamida sup > IAI 05.35
20 Romiprazam sup
3. Talatol 20 mg > IV Reparto 09.35
4. Sfo, 1% 200 mg
5. Reparto
6. OBS -

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO () INTERNADO () TRANSFERIDO () EVADIU-SE () ÓBITO ()



Médico

Dr. Diego Roberto Mello
Médico
CRM 25.200

21 AGO 2019

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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00238

CONTA: 000000422654-9

Nr. da Autenticação 4202BCFDA9E586E0



Tarifa Social de Energia (Módulo Cópia pela Lei 10.438, de 26/04/02)
NOTA FISCAL - NATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Rua João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
 P.J. 10.837.920/0001-08 | Ins. Est. 0099943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 AURELIA FERREIRA PIMENTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA BARÃO DE LUCENA 116

CPF: 825.041.083-34

VARZIMANVARZINHA
 SERRA TALHADA PE
 56925-000

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO Nº 7024802323
 Nº 12/2018
 DATA DE VENCIMENTO 19/12/2018
 DATA PREVISÃO DE LETURA 09/01/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 90,36

Nº DA NOTA FISCAL 041983757
 SÉRIE ÚNICA
 EMISSÃO 12/12/2018
 APRESENTAÇÃO 12/12/2018
 Nº DO CLIENTE 2015344778
 Nº DE REGISTRAÇÃO 0391737

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	107,0000000	8,73875354	79,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,86
Contrib. Rum. Pública Municipal			4,31
ICMS Subvenção CDE-NF 034500954-09/10/18			0,88
Multa por atraso NF 034500954-09/10/18			1,77
Multa por atraso NF 035270432-09/11/18			1,81
Multa por atraso NF 035270432-09/11/18			0,36
Juros por atraso NF 034500954-09/10/18			0,60
Atualização KCPM-NF 035270432-09/11/18			0,20
Atualização KCPM-NF 034500954-09/10/18			0,67
TOTAL DA FATURA			90,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ANTES	CONSUMO (kWh)	
00000000	00000000	00-11-2018	1.800,00	12-12-2018	1.910,00	1.000,00		107,00	

CONSUMO DE ENERGIA				CONSUMO DE ENERGIA				CONSUMO DE ENERGIA			
MÊS	VALOR	%	VALOR	MÊS	VALOR	%	VALOR	MÊS	VALOR	%	VALOR
002-18	002			003-18	003			004-18	004		
005-18	005			006-18	006			007-18	007		
008-18	008			009-18	009			010-18	010		
011-18	011			012-18	012			013-18	013		
014-18	014			015-18	015			016-18	016		
017-18	017			018-18	018			019-18	019		
020-18	020			021-18	021			022-18	022		
023-18	023			024-18	024			025-18	025		
026-18	026			027-18	027			028-18	028		
029-18	029			030-18	030			031-18	031		
032-18	032			033-18	033			034-18	034		
035-18	035			036-18	036			037-18	037		
038-18	038			039-18	039			040-18	040		
041-18	041			042-18	042			043-18	043		
044-18	044			045-18	045			046-18	046		
047-18	047			048-18	048			049-18	049		
050-18	050			051-18	051			052-18	052		
053-18	053			054-18	054			055-18	055		
056-18	056			057-18	057			058-18	058		
059-18	059			060-18	060			061-18	061		
062-18	062			063-18	063			064-18	064		
065-18	065			066-18	066			067-18	067		
068-18	068			069-18	069			070-18	070		
071-18	071			072-18	072			073-18	073		
074-18	074			075-18	075			076-18	076		
077-18	077			078-18	078			079-18	079		
080-18	080			081-18	081			082-18	082		
083-18	083			084-18	084			085-18	085		
086-18	086			087-18	087			088-18	088		
089-18	089			090-18	090			091-18	091		
092-18	092			093-18	093			094-18	094		
095-18	095			096-18	096			097-18	097		
098-18	098			099-18	099			100-18	100		
101-18	101			102-18	102			103-18	103		
104-18	104			105-18	105			106-18	106		
107-18	107			108-18	108			109-18	109		
110-18	110			111-18	111			112-18	112		
113-18	113			114-18	114			115-18	115		
116-18	116			117-18	117			118-18	118		
119-18	119			120-18	120			121-18	121		
122-18	122			123-18	123			124-18	124		
125-18	125			126-18	126			127-18	127		
128-18	128			129-18	129			130-18	130		
131-18	131			132-18	132			133-18	133		
134-18	134			135-18	135			136-18	136		
137-18	137			138-18	138			139-18	139		
140-18	140			141-18	141			142-18	142		
143-18	143			144-18	144			145-18	145		
146-18	146			147-18	147			148-18	148		
149-18	149			150-18	150			151-18	151		
152-18	152			153-18	153			154-18	154		
155-18	155			156-18	156			157-18	157		
158-18	158			159-18	159			160-18	160		
161-18	161			162-18	162			163-18	163		
164-18	164			165-18	165			166-18	166		
167-18	167			168-18	168			169-18	169		
170-18	170			171-18	171			172-18	172		
173-18	173			174-18	174			175-18	175		
176-18	176			177-18	177			178-18	178		
179-18	179			180-18	180			181-18	181		
182-18	182			183-18	183			184-18	184		
185-18	185			186-18	186			187-18	187		
188-18	188			189-18	189			190-18	190		
191-18	191			192-18	192			193-18	193		
194-18	194			195-18	195			196-18	196		
197-18	197			198-18	198			199-18	199		
200-18	200			201-18	201			202-18	202		
203-18	203			204-18	204			205-18	205		
206-18	206			207-18	207			208-18	208		
209-18	209			210-18	210			211-18	211		
212-18	212			213-18	213			214-18	214		
215-18	215			216-18	216			217-18	217		
218-18	218			219-18	219			220-18	220		
221-18	221			222-18	222			223-18	223		
224-18	224			225-18	225			226-18	226		
227-18	227			228-18	228			229-18	229		
230-18	230			231-18	231			232-18	232		
233-18	233			234-18	234			235-18	235		
236-18	236			237-18	237			238-18	238		
239-18	239			240-18	240			241-18	241		
242-18	242			243-18	243			244-18	244		
245-18	245			246-18	246			247-18	247		
248-18	248			249-18	249			250-18	250		
251-18	251			252-18	252			253-18	253		
254-18	254			255-18	255			256-18	256		
257-18	257			258-18	258			259-18	259		
260-18	260			261-18	261			262-18	262		
263-18	263			264-18	264			265-18	265		
266-18	266			267-18	267			268-18	268		
269-18	269			270-18	270			271-18	271		
272-18	272			273-18	273			274-18	274		
275-18	275			276-18	276			277-18	277		
278-18	278			279-18	279			280-18	280		
281-18	281			282-18	282			283-18	283		
284-18	284			285-18	285			286-18	286		
287-18	287			288-18	288			289-18	289		
290-18	290			291-18	291			292-18	292		
293-18	293			294-18	294			295-18	295		
296-18	296			297-18	297			298-18	298		
299-18	299			300-18	300			301-18	301		
302-18	302			303-18	303			304-18	304		
305-18	305			306-18	306			307-18	307		
308-18	308			309-18	309			310-18	310		
311-18	311			312-18	312			313-18	313		
314-18	314			315-18	315			316-18	316		
317-18	317			318-18	318			319-18	319		
320-18	320			321-18	321			322-18	322		
323-18	323			324-18	324			325-18	325		
326-18	326			327-18	327			328-18	328		
329-18	329			330-18	330			331-18	331		
332-18	332			333-18	333			334-18	334		
335-18	335			336-18	336			337-18	337		
338-18	338			339-18	339			340-18	340		
341-18	341			342-18	342			343-18	343		
344-18	344			345-18	345			346-18	346		
347-18	347			348-18	348			349-18	349		
350-18	350			351-18	351			352-18	352		
353-18	353			354-18	354			355-18	355		
356-18	356			357-18	357			358-18	358		
359-18	359			360-18	360			361-18	361		
362-18	362			363-18	363			364-18	364		
365-				365-18	365			366-18	366		



Terça Social de Energia Elétrica Citada pela Lei 7548, de 20/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CPF 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-087880082-MT-PE

CPF: 082.694.484-19

CLASSIFICAÇÃO

03 COMERCIAL
COMERCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

N SA DA PENHA SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50003-510

UF	CEP	DATA	VALOR
PE	50003-510	12/06/2019	
UF	CEP	DATA	VALOR
PE	50003-510	12/06/2019	2002781008
UF	CEP	DATA	VALOR
PE	50003-510	12/06/2019	2675483

CONTA CONTINUA	MÊS
4009422396	06/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
19/06/2019	12/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	194,69

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VAH)	210,0000000	0,74103679	155,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			20,03
ICMS Subvenção-CDE-NF 054188051-1563/19			1,18
ICMS Subvenção-CDE-NF 058028108-1204/19			1,25
Multa por atraso-NF 058028108-1204/19			3,00
Juros por atraso-NF 058028108-1204/19			1,85
Atualização ICPM-NF 058028108-1204/19			1,94
TOTAL DA FATURA			194,69

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
PERÍODO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSUMO	CONSUMO (KWH)
30/06/2019	CAT	14-06-2019	23.181,00	12-06-2019	23.371,00	190	210,00

DISTRIBUIÇÃO DO CONSUMO		DISTRIBUIÇÃO DO VALOR		DISTRIBUIÇÃO DO VALOR	
Mês	Consumo (KWH)	Base de Cálculo	%	Valor (R\$)	%
JUN 19	210	157,46	25,00	39,36	20,20%
MAY 19	195	107,46	8,17	0,28	1,43%
ABR 19	194	107,46	0,79	1,24	0,63%
MAR 19	308				
FEV 19	325				
JAN 19	328				
DEZ 19	307				
NOV 19	371				
OCT 19	361				
SET 19	328				
AGO 19	325				
Jul 19	293				
JUN 19	304				

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
12/06/2019	194,69	12/06/2019	194,69

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
12/06/2019	194,69	12/06/2019	194,69

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
12/06/2019	194,69	12/06/2019	194,69

21 AGO 2019

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.205.784 / 16, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDILSON JOSE DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043.368 / 66

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDILSON JOSE DO NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 260.043.368 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	Número: <u>58</u>	Complemento: <u>1º ANDAR</u>
Bairro: <u>NOSSA S. DA PENHA</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>JOAQUIMNETO160@gmail.com</u>	CEP: <u>56903-510</u>	Tel.(DDD): <u>(87)976460348</u>

Local e Data: SERRA TALHADA-PE, 14/07/2019

Joachim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante

21 AGO 2019

FICHA DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

NOME: <i>Edilson José do Nascimento</i>	Nº REGISTRO:
DATA: <i>25.05.19</i>	HORA: <i>05:08</i>
CNS: <i>898 0014.4710.8832</i>	DN: <i>15.10.75</i> / ID: <i>45</i>
NOME DA MÃE: <i>Maria de Carmo do N</i>	SEXO: <i>M</i>
PROFISSÃO: <i>Agricultor</i>	TELEFONE:
END: <i>Malhada do Boqueirão</i>	CIDADE: <i>Betânia -PE</i>

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS							
PA: <i>110x90</i>	HGT:	T:	S02:	FC:	DOR:	IG:	PESO:

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero correspondente à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor										por dor

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA ☐	AMARELO ☐	VERDE ☐	AZUL ☐
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------

QUEIXA PRINCIPAL:
HISTÓRIA BREVE:

DROGAS:	
ALERGIAS:	
DOENÇAS PREEXISTENTES: HAS () D. MELLITUS () NENHUMA () OUTRAS:	
CONDUTA INICIAL:	
REAValiação:	1ª HORA:
	2ª HORA:

Enfermeiro Responsável

21 AGO 2019

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Quebra de alato
Tram mto expul.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

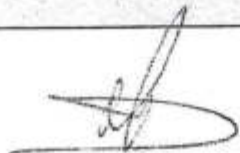
1º
2º

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dipirona sup
2. Romiprazina sup > IV 05.35
3. Talatol 20mg
4. Sfo, 1to 200mg > IV Repetido 09.35
5. Reparo
6. Obs -

DESTINO DO PACIENTE

OBSERVAÇÃO () INTERNADO () TRANSFERIDO () EVADIU-SE () ÓBITO ()


Médico

Laércio Roberto de
Melo
CRM 17.200

21 AGO 2019



Pernambuco
GOV. PAULO COSTA
GOVERNADOR DO ESTADO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS
Sistema
Nacional
de Saúde

14:26h

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 84

Data: 25-05-19	Nome: Edilson José do Nascimento	Profissão: agricultor	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 15-10-75	Sexo: masc.	Responsável: O mesmo	
Escolaridade: 2ª série	Mãe: Maria do Carmo do Nascimento		
Endereço: Rua - Barão de Lucena, 138	Bairro: Varginha	Município: St. PE	Fone:
Cartão SUS:	RG/CPF:		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☒ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

TRAUMA NA MÃO E PUNHO ESQ.
APÓS COLISÃO MOTOCICLETA HOJE PELA
MANHÃ.

PA: 120x80 Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow: 15

Medicações em uso: 100 X

Intolerâncias/Alergias: NENHUMA

Fluxograma:

ORTOPEDIA

Carimbo e Assinatura:

Paulo Cesar F. Farias
COREN-PE/BATIS: 236043-EN

11:43

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Acidente com lesão de punho de mão
a cerca de 10h. Refere dor e edema
em mão E

Tratamento:

Rx mão E AP e oblíquas

Imobilização mão D: Fenda Omax de mão

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Dr. Nelson P. Carvalho Filho
Cirurgia Geral
CREMEPE 20349 - CRM-PB 9443

21 AGO 2019

HOSPAM

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: Edilson de Melo

Permissão

de uso

12-11

Dr. Ederone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.182
CEM - Fone: 9.5936-0112

Data: 21/08/19

Médico - CRM

21 AGO 2019



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

EDILSON JOSE MASCATO

Necessita de 30 (trinta)
dias de licença para tratamento de saúde, a partir da
presente data.

CID = S62.3

Serra Talhada, 25 / 05 / 19

Dr. Edson de Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CPF: 547.815.816-0112
Médico - CRM

21 AGO 2019

EDILSON JOSÉ DO NASCIMENTO

Paciente vítima de colisão de moto com animal, no dia 25/05/2018 no município de Betânia. No mesmo dia realizou exame de imagem no HOSPAM onde se evidenciou fratura de metacarpo da mão esquerda.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em mão esquerda, com força prejudicada, não conseguindo fazer a flexão completa dos dedos.

No momento, apresentando déficit funcional de 70% em mão esquerda e déficit laboral em 70% para suas atividades de agricultura.

SERRA TALHADA, 23 DE JULHO DE 2019.

Dra. Yamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615

MÉDICA

21 AGO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME WILSON JOSE DO NASCIMENTO	
	END. ENTREGA / END. RESID. / UF 37831244 RSP/SP
	CPF 260.043.368-66
	DATA NASCIMENTO 15/10/1975
	PROFISSÃO JOSE LUIZ DO NASCIMENTO
O MARIA DO CARMO DO NASCIMENTO	
PREENCHIMENTO 22/09/2005	
AC. CAT. HABIL. 3B	
SP. HABILITADO 03691686420	VALIDADE 21/09/2020
P. HABILITAÇÃO 22/09/2005	
OBSERVAÇÕES	
Assinatura do titular da carteira <i>Wilson Jose do Nascimento</i>	
ASSINATURA DO FISCAL	
LOCAL SÃO PAULO, SP	DATA EMISSÃO 21/09/2015
Assinatura do Fiscal <i>Ronald Antonio</i>	
23380189648 SP4087049455	
DETRAN-SP (SÃO PAULO)	

21 AGO 2019