



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada 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 - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005643-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS PEREIRA AGOSTINHO
PROX PADARIA LORETO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 1 15 DE NOVOBRE 85 A

CPF 032 233 014-96

QUADRO/JABOATÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54100-212

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4005850873	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA CONTABILIZAÇÃO
01/08/2019	22/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	17,36

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
070746713	ÚNICA	23/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSCRIÇÃO
23/07/2019	2001744103	1522982

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,000000	0,57599874	17,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
ICMS Subvenção-CDE-NF 063107841-73/05/19			0,31
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,52
TOTAL DA FATURA			17,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
6115307	CA1	21/06/2019	11.525,30	23/07/2019	11.553,30	32	1,0000	
								38,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
JUL-19 30		ICMS	17,57	0,50	0,14
AUG-19 40		PIS	17,57	0,81	0,88
MAI-19 50		COFINS			
ABR-19 50					
MAR-19 50					
FEV-19 30					
JAN-19 30					
DEZ-19 30					
NOV-19 30					
OUT-19 24					
SET-19 54					
AGO-19 48					
JUL-19 30					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Pague no ponto mais próximo ao local onde estiver a unidade de medição (contômetro) ou diretamente no site www.celpe.com.br. A conta de energia elétrica é emitida em nome do titular da unidade consumidora. O cliente é responsável pelo pagamento da conta de energia elétrica. O cliente é responsável pelo pagamento da conta de energia elétrica. O cliente é responsável pelo pagamento da conta de energia elétrica.	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERURTIÇÕES		MÊS DE TENSÃO	
CONJUNTO JABOATÃO	VALOR ADJUDICATÓRIO	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL
DIC	0,00	5,31	10,62
PIG	0,00	3,30	6,60
DMEC	0,00	3,03	6,06

TENSÃO NOMINAL (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	221	

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4005850873	07/2019	01/08/2019	17,36





COMPLICOU? CHAMA O VIVO GURU.

Resolve seus problemas com tecnologia.



- Suporte técnico especializado para smartphones, tablets, notebooks e outros dispositivos.
- Especialistas para configurar e otimizar o uso de aplicativos e serviços.

A partir de R\$ **9,90** /mês

Assine agora! vivoguru.com.br

Venda gratuita em Porto Alegre e região metropolitana.

vivo



Patrocinadora
Oficial da Seleção
dos Brasileiros.

KOI
#JOGUEJUNTO



CTC RECIFE PERL4

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
JOAO CURSINO 772
MAURICIO DE NASSAU
55012-190 CARUARU PE



72 13148850 00000 000000000000 3 0 260819

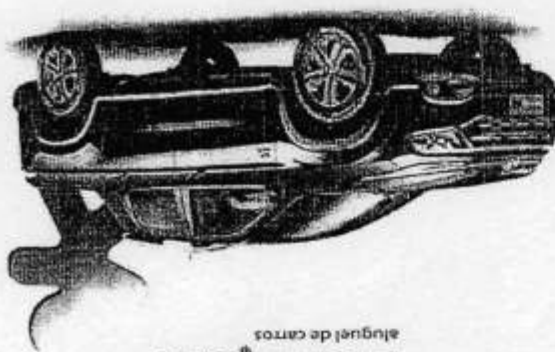
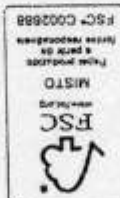
Vencimento
05/09/2019

Cadastre-se no Conta
Online. Saiba mais.



Basta a partir de 12 Code para
seu celular em vivo.com.br

PARA USO DOS CORREIOS	
01 - ALUGUEL 02 - ALUGUEL 03 - ALUGUEL 04 - ALUGUEL 05 - ALUGUEL 06 - ALUGUEL 07 - ALUGUEL 08 - ALUGUEL 09 - ALUGUEL 10 - ALUGUEL 11 - ALUGUEL 12 - ALUGUEL 13 - ALUGUEL 14 - ALUGUEL 15 - ALUGUEL 16 - ALUGUEL 17 - ALUGUEL 18 - ALUGUEL 19 - ALUGUEL 20 - ALUGUEL 21 - ALUGUEL 22 - ALUGUEL 23 - ALUGUEL 24 - ALUGUEL 25 - ALUGUEL 26 - ALUGUEL 27 - ALUGUEL 28 - ALUGUEL 29 - ALUGUEL 30 - ALUGUEL 31 - ALUGUEL 32 - ALUGUEL 33 - ALUGUEL 34 - ALUGUEL 35 - ALUGUEL 36 - ALUGUEL 37 - ALUGUEL 38 - ALUGUEL 39 - ALUGUEL 40 - ALUGUEL 41 - ALUGUEL 42 - ALUGUEL 43 - ALUGUEL 44 - ALUGUEL 45 - ALUGUEL 46 - ALUGUEL 47 - ALUGUEL 48 - ALUGUEL 49 - ALUGUEL 50 - ALUGUEL 51 - ALUGUEL 52 - ALUGUEL 53 - ALUGUEL 54 - ALUGUEL 55 - ALUGUEL 56 - ALUGUEL 57 - ALUGUEL 58 - ALUGUEL 59 - ALUGUEL 60 - ALUGUEL 61 - ALUGUEL 62 - ALUGUEL 63 - ALUGUEL 64 - ALUGUEL 65 - ALUGUEL 66 - ALUGUEL 67 - ALUGUEL 68 - ALUGUEL 69 - ALUGUEL 70 - ALUGUEL 71 - ALUGUEL 72 - ALUGUEL 73 - ALUGUEL 74 - ALUGUEL 75 - ALUGUEL 76 - ALUGUEL 77 - ALUGUEL 78 - ALUGUEL 79 - ALUGUEL 80 - ALUGUEL 81 - ALUGUEL 82 - ALUGUEL 83 - ALUGUEL 84 - ALUGUEL 85 - ALUGUEL 86 - ALUGUEL 87 - ALUGUEL 88 - ALUGUEL 89 - ALUGUEL 90 - ALUGUEL 91 - ALUGUEL 92 - ALUGUEL 93 - ALUGUEL 94 - ALUGUEL 95 - ALUGUEL 96 - ALUGUEL 97 - ALUGUEL 98 - ALUGUEL 99 - ALUGUEL 00 - ALUGUEL	01 - ALUGUEL 02 - ALUGUEL 03 - ALUGUEL 04 - ALUGUEL 05 - ALUGUEL 06 - ALUGUEL 07 - ALUGUEL 08 - ALUGUEL 09 - ALUGUEL 10 - ALUGUEL 11 - ALUGUEL 12 - ALUGUEL 13 - ALUGUEL 14 - ALUGUEL 15 - ALUGUEL 16 - ALUGUEL 17 - ALUGUEL 18 - ALUGUEL 19 - ALUGUEL 20 - ALUGUEL 21 - ALUGUEL 22 - ALUGUEL 23 - ALUGUEL 24 - ALUGUEL 25 - ALUGUEL 26 - ALUGUEL 27 - ALUGUEL 28 - ALUGUEL 29 - ALUGUEL 30 - ALUGUEL 31 - ALUGUEL 32 - ALUGUEL 33 - ALUGUEL 34 - ALUGUEL 35 - ALUGUEL 36 - ALUGUEL 37 - ALUGUEL 38 - ALUGUEL 39 - ALUGUEL 40 - ALUGUEL 41 - ALUGUEL 42 - ALUGUEL 43 - ALUGUEL 44 - ALUGUEL 45 - ALUGUEL 46 - ALUGUEL 47 - ALUGUEL 48 - ALUGUEL 49 - ALUGUEL 50 - ALUGUEL 51 - ALUGUEL 52 - ALUGUEL 53 - ALUGUEL 54 - ALUGUEL 55 - ALUGUEL 56 - ALUGUEL 57 - ALUGUEL 58 - ALUGUEL 59 - ALUGUEL 60 - ALUGUEL 61 - ALUGUEL 62 - ALUGUEL 63 - ALUGUEL 64 - ALUGUEL 65 - ALUGUEL 66 - ALUGUEL 67 - ALUGUEL 68 - ALUGUEL 69 - ALUGUEL 70 - ALUGUEL 71 - ALUGUEL 72 - ALUGUEL 73 - ALUGUEL 74 - ALUGUEL 75 - ALUGUEL 76 - ALUGUEL 77 - ALUGUEL 78 - ALUGUEL 79 - ALUGUEL 80 - ALUGUEL 81 - ALUGUEL 82 - ALUGUEL 83 - ALUGUEL 84 - ALUGUEL 85 - ALUGUEL 86 - ALUGUEL 87 - ALUGUEL 88 - ALUGUEL 89 - ALUGUEL 90 - ALUGUEL 91 - ALUGUEL 92 - ALUGUEL 93 - ALUGUEL 94 - ALUGUEL 95 - ALUGUEL 96 - ALUGUEL 97 - ALUGUEL 98 - ALUGUEL 99 - ALUGUEL 00 - ALUGUEL



movida
aluguel de carros

VIVO VALORIZA

Aluguel de carros é na Movida.
De a partida com até
30% de desconto* nas diárias.

Benefício exclusivo para clientes
Vivo Valoriza de 1/8 a 30/9/2019.

Para aproveitar, acesse o app Meu Vivo, entre em
Vivo Valoriza e selecione a categoria Viagens.

*Condições regulamentares e condições no Meu Vivo.

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

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

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

Pelo exposto, eu

Rafael Roberto Mangabeira dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 710 344 /50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcelino José de Souza Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.260.674/94

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelino José de Souza Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051 260 674 /94, 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 José Gussino</u>	Número: <u>772</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Município de Nazaré</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55012-190</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99774-8990</u>

Local e Data: Caruaru/PE, 01/10/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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 SUSEP 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 Rafael Roberto Mangabeira dos Santos
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 710 344 /50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcelino José de Souza Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.260.674 94
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelino José de Souza Lima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 051 260 674 94, 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 José Gussino</u>	Número: <u>772</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Município de Nazaré</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55012-190</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99774-8990</u>

Local e Data: Caruaru/PE, 01/10/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Nome:

317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Sexo:

MASCULINO

Contatos:

/ 81-986532524

Mãe:

SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA

Idade:

35a 9m

Nascimento:

19/09/1983

Data do Atendimento: 12/07/2019

Prontuário: 00317231

Nº Atendimento: 01322355

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Endereço:

RUA ALMIRANTE BARROSO, 85 - CAMPO
GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

RELATO DE ACIDENTE D E MOTO COM DOR EM COTOVELO DIRIETO.; NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

ECG15
EDEMA, SEM CREPITAÇÃO, SEM LIMITAÇÃO A ADM (PRONOSUPINAÇÃO LIVRE, FLEXOEXTENSÃO LIVRE)
BOA PERFUSÃO DISTAL, NEUROLÓGICO PRESERVADO

DIAGNÓSTICO:

CONTUSÃO EM COTOVELO DIREITO


UPA 24h
CAXANGÁ
RECIFE - PE
12/07/2019
15h11
MARCELO CORREIA

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-07-12 19:35:10

	Nome Paciente:	MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
	Cód. Paciente:	317231
	Data de Nascimento:	19/09/1983
	Sexo:	Masculino
	Idade:	35
	Senha:	OR0043
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1322355 
SAME:		

Período: 2019-07-12 19:35:10 - 2019-07-12 19:39:50

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Alergia(s):

- NEGA - OK

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CB, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, COM TRAUMA EM COTOVELO DIREITO. NEGA TCE

Observação:

HAS -
DM -
OCORRENCIA- 1271432

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA - OK

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-19 10:41:55



Nome:
317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-986532524

Idade: Nascimento:
35a 9m 19/09/1983

Mãe:
SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA

Endereço:
RUA ALMIRANTE BARROSO, 85 - CAMPO
GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090

Data do Atendimento: 12/07/2019

Prontuário: 00317231

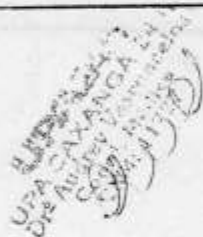
Nº Atendimento: 01322355

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

RX NAO VIZUALIZO FRATURA OU LUXACAO
ORIENTO RETORNO SE EPRSISTIR SINTOMAS



MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

UPA CAXANGÁ

EXAME RADIOLÓGICO

UPA24h

Código Paciente: 317231

Nome Paciente:

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data Nascimento: 19/09/1983 Sexo: Masculino

Atendimento: 1324813

Data Atendimento: 20/07/2019

Pedido: 278053

Data do Pedido: 20/07/2019 15:38:00

Atendimento: 322071 Entrada: 22/08/2019 Hora: 07:49
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 706709528492212

Paciente: 1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Nascimento: 19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)
Endereco: RUA ALMIRANTE BARROSO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54100-200
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: MARCELO ARAUJO DE LIMA
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 05126067494
Identidade: 6454429 - SDS - PE
Telefone: / 986532524
G.Instrução:
Ocupação: SERVICOS GERAIS
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/07/2019 - 17:20

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

RELATA ACIDENTE DE MOTO EM 12/07/2019

TRAZ RX DA UPA DESSA DATA E DE 20/07/2019 QUE EVIDENCIA FRATURA PROCESSO CORONOIDE

Exame físico:

ADM PRESERVADA, POREM COM DOR

EDEMA MODERADO DE COTOVELO DIREITO

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 -		
02 -	GESSO AP	
03 -	RETORNO 15D	
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Menor, ...
SA:
Serviço de Arquivo Médico - Estatístico
Fone: (81) 3635-2013
Av. Celso Campes, ...

Atendimento: 322071 Entrada: 22/08/2019 Hora: 07:49
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706709528492212

Paciente: 1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Nascimento: 19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)
Endereco: RUA ALMIRANTE BARROSO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54100-200
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: MARCELO ARAUJO DE LIMA
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 05126067494
Identidade: 6454429 - SDS - PE
Telefone: / 986532524
G.Instrução:
Ocupação: SERVICOS GERAIS
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/08/2019 - 08:35

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

fratura coronoide conservador em 12/07/2019

Exame físico:

retiro gesso

adm P-S COMPLETA; LIMITAÇÃO DE EXTENSAO DE 40%

rx hoje - fratura consolidada

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 -	FISIO 20	
02 -	LAUDO INSS	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA** (1623892)

Nº de Admissão: 319555

Data Nascimento: 19/09/1983

35 Anos e 10 Meses

SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 25/07/2019

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

RETORNO 08/08/2019 QUINTA-FEIRA 07H

RETIRAR GESSO E FAZER RX DE COTOVELO AO CHEGAR

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19748
TEOT 14435

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 25/07/2019 as 17:23

Dr. (a) RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623892)

Nº de Admissão: 319555

Data Nascimento: 19/09/1983

35 Anos e 10 Meses

SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 25/07/2019

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S52.1

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- (X) Necessitando de 15 (QUINZE) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- () Como acompanhante.
- () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: __MSD IMOBILIZADO__

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 25/07/2019 as 17:24

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19748
TEOT 4435

Dr. (a) RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623892)

Data Nascimento: 19/09/1983

35 Anos e 10 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 320721

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 08/08/2019

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE EM 12/07/2019 (DE ACORDO COM DATA DE RX DA UPA), APRESENTANDO FRATURA PROCESSO CORONOIDE. COMPARECEU A ESTA UNIDADE, PELA PRIMEIRA VEZ, EM 25/07/2019 COM FRATURA AINDA NAO CONSOLIDADA. REALIZADO IMOBILIZAÇÃO GESSADA E ORIENTADO RETORNO COM 15 DIAS.

HOJE, AO EXAME, EVOLUI COM DOR IMPORTANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM PRONOSSUPINAÇÃO COMPLETA DE COTOVELO DIREITO, PORÉM APENAS 60% DE FLEXO-EXTENSAO.

CID = S520

Dr. Renata Hirschle Galindo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19748
TÉC. 14435

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 08/08/2019 as 08:41

Dr. (a) RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM:

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 19/07/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 12/07/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Ruan Cleblio José de Sousa Lima	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura de cotovelo direito Processo carpal de	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Fisioterapia e Injeção de ácido hialurônico e fisioterapia ± 20 sessões	
ALTA MÉDICA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Articulação superior direito ± 60%
2º	Articulação do cotovelo direito
3º	Processo carpal de mão direita
4º	Articulação do punho direito
5º	

AFIRMOU, ASSINTEI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 09/10/19 A 09/10/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	DATA: 09/10/2019	ASSINATURA E CARIMBO
---	------------------	----------------------

João Ricardo Pontes Perruci
CRM - 7142
Ortopedia/Traumatologia

João Ricardo Pontes Perruci
CRM - 7142
Ortopedia/Traumatologia



Nome:

317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Idade:

35a 9m

Nascimento:

19/09/1983

Sexo:

MASCULINO

Contatos:

/ 81-986532524

Mãe:

SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA

Endereço:

RUA ALMIRANTE BARROSO, 85 - CAMPO
GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090

Data do Atendimento: 12/07/2019

Prontuário: 00317231

Nº Atendimento: 01322355

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGI

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

RELATO DE ACIDENTE D E MOTO COM DOR EM COTOVELO DIREITO.; NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

ECG15
EDEMA, SEM CREPITAÇÃO, SEM LIMITAÇÃO A ADM (PRONOSUPINAÇÃO LIVRE, FLEXOEXTENSÃO LIVRE)
BOA PERFUSÃO DISTAL, NEUROLÓGICO PRESERVADO

DIAGNÓSTICO:

CONTUSÃO EM COTOVELO DIREITO


[Handwritten signature and stamp]

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-07-12 19:35:10

	Nome Paciente:	MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
	Cód. Paciente:	317231
	Data de Nascimento:	19/09/1983
	Sexo:	Masculino
	Idade:	35
	Senha:	OR0043
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1322355 
SAME:		

Período: 2019-07-12 19:35:10 - 2019-07-12 19:39:50

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Alergia(s):

- NEGA - OK

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CB, APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, COM TRAUMA EM COTOVELO DIREITO. NEGA TCE

Observação:

HAS -
DM -
OCORRENCIA- 1271432

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA - OK

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-19 10:41:55



Nome:

317231-MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Idade:

35a 9m

Nascimento:

19/09/1983

Sexo:

MASCULINO

Contatos:

/ 81-986532524

Mãe:

SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA

Endereço:

RUA ALMIRANTE BARROSO, 85 - CAMPO
GRANDE - RECIFE/ PE - CEP: 52040090

Data do Atendimento: 12/07/2019

Prontuário: 00317231

Nº Atendimento: 01322355

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

RX NAO VIUALIZO FRATURA OU LUXAÇÃO
ORIENTO RETORNO SE EPRSISTIR SINTOMAS

UPA 24h
CAXANGÁ
RECIFE/PE

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

UPA CAXANGÁ

EXAME RADIOLOGICO

UPA24h

Código Paciente: 317231

Nome Paciente:

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data Nascimento: 19/09/1983 Sexo: Masculino

Atendimento: 1324813

Data Atendimento: 20/07/2019

Pedido: 278053

Data do Pedido: 20/07/2019 15:38:00

Atendimento: 322071 Entrada: 22/08/2019 Hora: 07:49
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 706709528492212

Paciente: 1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Nascimento: 19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)
Endereco: RUA ALMIRANTE BARROSO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54100-200
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: MARCELO ARAUJO DE LIMA
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 05126067494
Identidade: 6454429 - SDS - PE
Telefone: / 986532524
G.Instrução:
Ocupação: SERVICOS GERAIS
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/07/2019 - 17:20

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

RELATA ACIDENTE DE MOTO EM 12/07/2019

TRAZ RX DA UPA DESSA DATA E DE 20/07/2019 QUE EVIDENCIA FRATURA PROCESSO CORONOIDE

Exame físico:

ADM PRESERVADA, POREM COM DOR

EDEMA MODERADO DE COTOVELO DIREITO

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checagem
01 -	
02 - GESSO-AP	
03 - RETORNO 15D	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Armino Moura
SA
Serviço de Arquivo Médico
Fone: (81) 3626-2013
Av. Odisseu Campesinato

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 22/08/2019 15:08

Atendimento: 322071 Entrada: 22/08/2019 Hora: 07:49
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Recepcionista: ADRIANA VIEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 706709528492212

Paciente: 1623892 MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
Nascimento: 19/09/1983 (35 Anos e 11 Meses)
Endereco: RUA ALMIRANTE BARROSO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54100-200
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: MARCELO ARAUJO DE LIMA
Mãe: SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 05126067494
Identidade: 6454429 - SDS - PE
Telefone: / 986532524
G.Instrução:
Ocupação: SERVICOS GERAIS
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/08/2019 - 08:35

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

fratura coronóide conservador em 12/07/2019

Exame físico:

retiro gesso

adm P-S COMPLETA; LIMITAÇÃO DE EXTENSAO DE 40%

rx hoje - fratura consolidada

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	FISIO 20	
02 -	LAUDO INSS	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Armindo Moura
SA
Serviço de Arquivo Estatística
Fone: (81) 3333-1133
Av. C...



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623892)

Data Nascimento: 19/09/1983

35 Anos e 10 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 319555

PAINEL: [REDACTED]

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 25/07/2019

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

RETORNO 08/08/2019 QUINTA-FEIRA 07H

RETIRAR GESSO E FAZER RX DE COTOVELO AO CHEGAR

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 25/07/2019 as 17:23

Dra. Renata Hirsche
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19748
TEOT 14435

Dr. (a) RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623892)

Data Nascimento: 19/09/1983

35 Anos e 10 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 319555

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 25/07/2019

Serviço:

000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S52.1

() Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

(X) Necessitando de 15 (QUINZE) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

() Como acompanhante.

() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: MSD IMOBILIZADO

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 25/07/2019 as 17:24

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19748
TEOT 4435

Dr. (a) RENATA HIRSCHLE GALINDO

CRM:



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (1623892)
Data Nascimento: 19/09/1983 35 Anos e 10 Meses
Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Nº de Admissão: 320721

PAINEL:

Data da Admissão: 08/08/2019

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE EM 12/07/2019 (DE ACORDO COM DATA DE RX DA UPA), APRESENTANDO FRATURA PROCESSO CORONOIDE. COMPARECEU A ESTA UNIDADE, PELA PRIMEIRA VEZ, EM 25/07/2019 COM FRATURA AINDA NAO CONSOLIDADA. REALIZADO IMOBILIZAÇÃO GESSADA E ORIENTADO RETORNO COM 15 DIAS.

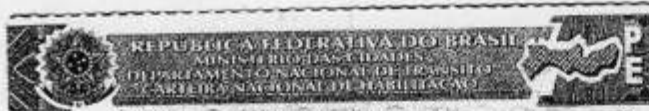
HOJE, AO EXAME, EVOLUI COM DOR IMPORTANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM PRONOSSUPINAÇÃO COMPLETA DE COTOVELO DIREITO, PORÉM APENAS 60% DE FLEXO-EXTENSAO.

CID = S520

Dr. Renata Hirschle Galindo
CRM-PR 19748
Ortopedia e Traumatologia
19/07/2019

Relatório Emitido Eletronicamente
Data: 08/08/2019 às 08:41

Dr. (a) RENATA HIRSCHLE GALINDO
CRM:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES E OBRAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1679937362

NOME MARCELO JOSE DE SOUZA LIMA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 184303 MEX PE	
CPF 051.260.674-94	DATA NASCIMENTO 19/09/1983
FILIAÇÃO MARCELO ARAUJO DE LIMA	
SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA	
PERMISSÃO AB	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 06134552331	VALIDADE 13/08/2023
1ª HABILITAÇÃO 30/07/2014	

OBSERVAÇÕES KAR

marcelo Jose Souza Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 16/08/2018
----------------------------	-----------------------------------

[Signature]
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

66358494318
PE087439921

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1679937362

VALIDAR EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482978568



PROIBIDO PLASTIFICAR
1482978568

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
6656040 SSP PE

CPF **046.710.344-50** DATA NASCIMENTO **27/12/1931**

FILIAÇÃO
**CLAUDIO ROBERTO DOS SA
NTOS
TANIA LUCIA MANGABEIRA**

PERMISSÃO **00000000000000000000** ACC **00000000** CAT. HAB **AD**

Nº REGISTRO **01792924280** VALIDADE **03/08/2023** 1ª HABILITAÇÃO **17/05/2001**

OBSERVAÇÕES

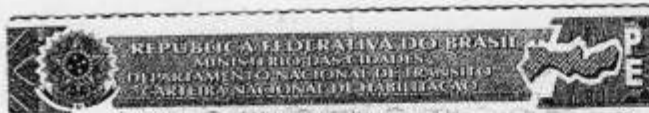

 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **CARUARU, PE** DATA EMISSÃO **04/08/2017**


 (Clt) Claudio Roberto dos Santos
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

91463660811
PED77513304



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1679937362

NOME MARCELO JOSE DE SOUZA LIMA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 184303 MEX PE	
CPF 051.260.674-94	DATA NASCIMENTO 19/09/1983
FILIAÇÃO MARCELO ARAUJO DE LIMA	
SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA	
PERMISSÃO AB	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 06134552331	VALIDADE 13/08/2023
1ª HABILITAÇÃO 30/07/2014	

OBSERVAÇÕES KAR

marcelo Jose Souza Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 16/08/2018
----------------------------	-----------------------------------

[Signature]
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

66358494318
PE087439921

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1679937362

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS**
 DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR / UF): **6656040 SSP PE**
 CPF: **046.710.344-50** DATA NASCIMENTO: **27/12/1991**
 FILIAÇÃO: **CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS**
TANIA LUCIA MANGABEIRA
 PERMISSÃO: **00000000000000000000** ACC: **00000000000000000000** CAT. HAB: **AD**
 Nº REGISTRO: **01792924280** VALIDADE: **03/08/2023** HABILITAÇÃO: **17/05/2001**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *[Assinatura]* DATA EMISSÃO: **04/08/2017**
 LOCAL: **CARUARU, PE**
 Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 91463660811
 Diretor Presidente PE077513304
 ASSINATURA DO EMISSOR
PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1482978568
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1482978568

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 01488442966

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 171270215 **RASC** EXERCÍCIO 2019

MARCELIO JOSE DE SOUZA

JAB GUARARAPEES-PE 0

051.260.614-94 RSCU7230

RASCAN/PB 906KE122090074135

PAS /MOTORISTA ESPECIALISTA GACONSULINA

YAMAHA /FAZCA/MOTORISTA 2009 ANO FABR 125 K

2E/124CL FANTASIA CONPREDOMINANTE

1	IPVA 2013 QUINQUENAL	1*	VEICULO
P	FAIXA 1 PVA	2*	*****
V	PARCELAMENTO 3*	3*	*****
A	PREMIO TARIFARIO (R\$)	0.32	PREMIO TOTAL (R\$)
	80.11		28/02/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

JAB GUARARAPEES 26/08/19
RASCAN - CARISSA MORAES
DIRETOR PRES LICENCIAMENTO

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

PE Nº 01488442966 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCELIO JOSE DE SOUZA

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

JAB GUARARAPEES-PE EXERCÍCIO 28/03/19

VIA 051.260.614-94 RSCU7230

171270215 YAMAHA /FAZCA/MOTORISTA 2009 ANO FABR 125 K

2009 ANO 906KE122090074135

36.05	PREMIO TARIFARIO	40.06
0.32	DETRAN (R\$)	40.06
0.32	QUOTA DO BILHETE (R\$)	84.58
	PAGAMENTO	28/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.409/0001-04

DETRAN - PE
DIRETOR PRES LICENCIAMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597505 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do processo coronoide do cotovelo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com bloqueio articular importante do cotovelo direito, apresenta limitação severa dos movimentos da flexão (90 graus), extensão (140 graus) do cotovelo direito

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 20 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342936/19

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

CPF: 051.260.674-94

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: MARCLEBIO JOSE DE
SOUZA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA : 051.260.674-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

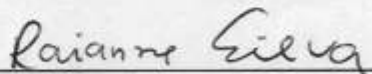
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 046.710.344-50

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61



RAIANNE SILVA BARBOSA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Marcelino José da Souza Lima
DATA DO ACIDENTE 12/10/2019 CPF DA VITIMA 051.260.674-94
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rafael Roberto Meneguiera dos Santos
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Gaspar Curcio
Nº 774 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Paqueta de Itaboraí
CIDADE Camamu UF PE CEP 55012-140
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 991348990

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ 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)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ 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
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIRMEM 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 QUITADAS
() 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 CONFIRMEM 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
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/10/19
IDENTIDADE 6056040
ASSINATURA Rafael

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03/10/19
NOME Rafael Lima
ASSINATURA Rafael

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597505 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (PÁG.6)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @(PÁG.1)

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Marclebio José de Souza Lima

Id: 1.84303 HEX PE CPF: 051.260.674-94

End: Rua. 1 de Novembro, 85 - A, Quadra,
Jaboatão dos Guararapes/PE

Outorgado: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Id: 6.656.040 SSP/PE CPF: 046.710.344-50

End: RUA JOÃO CURSINO, 772, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente, poderes específicos para representar, assinar, requerer e receber documentos (médicos, prontuários, fichas hospitalares, declarações, etc...), mantidos sob posse e guarda, perante quaisquer Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Corpo de Bombeiro, SAMU e Delegacias de todo o território nacional, em especial para requerer o seguro DPVAT.

Jaboatão dos Guararapes /PE, 08 de Agosto de 2019.

1º. DISTRITO

Marclebio José de Souza Lima

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARCLEBIO

JOSE SOUZA LIMA, lançada em minha presença.

Jaboatão dos Guararapes, 08 de agosto de 2019.

Em testemunho da verdade.

Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)



Valor Total R\$ 4,91

Válido somente com o selo 0075861.FVE07201901.01619

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Rua Alberto Barreto, 13 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fone: (81) 3481-3939 / 3481-5266
CEP: 54110-000 - Email: cartorio.jaboatãope@hotmail.com
Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/scdigital



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Marclebio José de Souza Lima

Id: 1.84303 HEX PE CPF: 051.260.674-94

End: Rua. 1 de Novembro, 85 - A, Quadra,
Jaboatão dos Guararapes/PE

Outorgado: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Id: 6.656.040 SSP/PE CPF: 046.710.344-50

End: RUA JOÃO CURSINO, 772, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente, poderes específicos para representar, assinar, requerer e receber documentos (médicos, prontuários, fichas hospitalares, declarações, etc...), mantidos sob posse e guarda, perante quaisquer Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Corpo de Bombeiro, SAMU e Delegacias de todo o território nacional, em especial para requerer o seguro DPVAT.

Jaboatão dos Guararapes /PE, 08 de Agosto de 2019.

1º. DISTRITO

Marclebio José de Souza Lima

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARCLEBIO

JOSE SOUZA LIMA, lançada em minha presença.

Jaboatão dos Guararapes, 08 de agosto de 2019.

Em testemunho da verdade.

Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)



Valor Total R\$ 4,91

Válido somente com o selo 0075861.FVE07201901.01619

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Rua Alberto Barreto, 13 - Centro - Jabotão dos Guararapes - PE - Fone: (81) 3481-3939 / 3481-5266
CEP: 54110-400 - Email: cartorio.jaboatãope@hotmail.com
Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368249/19

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

CPF: 051.260.674-94

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA : 051.260.674-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 046.710.344-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342936/19

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

CPF: 051.260.674-94

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA : 051.260.674-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 046.710.344-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA

**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: **3190597505**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

TV 1 15 DE NOVEMBRO , 85 - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54100-212

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **6454429**

Data e local do acidente: [**12/07/2019**] **Jaboatão dos Guararapes, PE**

Data e local do exame: [**08/11/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do processo coronoide do cotovelo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima com bloqueio articular importante do cotovelo direito, apresenta limitação severa dos movimentos da flexão (90 graus), extensão (140 graus) do cotovelo direito

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências. Alta há cerca de 20 dias.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do cotovelo direito

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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo direito

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597505

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597505

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597505

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597505

Vítima: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001294**

Conta: **0000052769-0**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: Testemunhas: 3 - CPF da vítima: 051.260.674-94 4 - Nome completo da vítima: Mandelbio José de Souza Lima

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

5 - Nome completo: Mandelbio José de Souza Lima 6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: Nenhum 8 - Endereço: Trav. 1 15 de Novembro 9 - Número: 85 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quado 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9774-8990

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1294 CONTA: 52769 0
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Mandelbio José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 051.260.674-94 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima 6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: Trav. 1 9 - Número: 85 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quado 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9774-8990

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1294 CONTA: 52769 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 051.260.674-94 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima 6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: Trav. 1 9 - Número: 85 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quado 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9774-8990

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1294 CONTA: 52769 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0110002602**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ENGENHO VELHO (BAIRRO), 01** - Bairro: **ENGENHO VELHO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CURVA DO CARANGUEIJO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR / AGENTE)
MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição
Jaboatão 08 08 2019
2210479

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA** Pai: **MARCELO ARAUJO DE LIMA** Data de Nascimento: **19/9/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6454429/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 986532524**

Endereço Residencial: **RUA ALMIRANTE BARROSO, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

TERCEIRO (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): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 150 UBS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

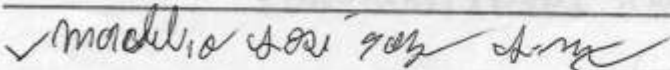
Placa: **KGU7230** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C6KE122090074135**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

MOTO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação


ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SENTIDO JABOATÃO CENTRO QUANDO NA CURVA DO CARANGUEIJO EM ENGENHO VELHO UMA MOTOCICLETA ATRAVESSOU A VIA NÃO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR E ATINGINDO-A. A VITIMA CAIU AO CHÃO E FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS E LEVADO A UPA DA CAXANGA COM FRATURA NO COTOVELO DIREITO.

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



MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO ALBERTO BORGES BIVAR** - Matrícula: **221047-9**

 **Polícia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 08.08.2019

 221047-9



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0110002602**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ENGENHO VELHO (BAIRRO), 01** - Bairro: **ENGENHO VELHO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CURVA DO CARANGUEIJO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR / AGENTE)
MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição
Jaboatão 08 08 2019
2210479

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

MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA EDLEUZA DE SOUZA** Pai: **MARCELO ARAUJO DE LIMA** Data de Nascimento: **19/9/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6454429/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 986532524**

Endereço Residencial: **RUA ALMIRANTE BARROSO, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

TERCEIRO (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): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 150 UBS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

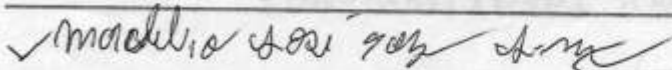
Placa: **KGU7230** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C6KE122090074135**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

MOTO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação


ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SENTIDO JABOATÃO CENTRO QUANDO NA CURVA DO CARANGUEIJO EM ENGENHO VELHO UMA MOTOCICLETA ATRAVESSOU A VIA NÃO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR E ATINGINDO-A. A VITIMA CAIU AO CHÃO E FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS E LEVADO A UPA DA CAXANGA COM FRATURA NO COTOVELO DIREITO.

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



MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO ALBERTO BORGES BIVAR** - Matrícula: **221047-9**

 **Polícia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 08.08.2019

 221047-9

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: Testemunhas: 3 - CPF da vítima: 051.260.674-94 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima 6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: Trav. 1 15 de Novembro 9 - Número: 85 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quado 12 - Cidade: Jaboatão do Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9774-8990

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1294 CONTA: 52769 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 051.260.674-94 4 - Nome completo da vítima: Marcelino José de Souza Lima

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

5 - Nome completo: Marcelino José de Souza Lima 6 - CPF: 051.260.674-94
7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: Trav. 1 9 - Número: 85 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Quado 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54100-212
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9774-8990

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1294 CONTA: 52769 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Jaboatão/PE 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Marcelino José de Souza Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000804 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, 35 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6454429 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 051.260.674-94, residente à RUA ALMIRANTE BARROSO, nº 30, PADRE ROMA, JABOATAO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 12/07/2019, por volta das 18:15 hs, no endereço: A. GOVERNADOR MANOEL RABELO, S/N, ENGENHO VELHO JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA AZUL KGU7230-PE ; MOTOCICLETA HONDA PRETA PDG1209-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, inscrito sob o CPF nº 051.260.674-94 e Registro Geral ° 6454429, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707324-0 CARNEIRO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico MARCELO CORREIA, registro 19647. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 26/08/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000804



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000804 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, 35 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6454429 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 051.260.674-94, residente à RUA ALMIRANTE BARROSO, nº 30, PADRE ROMA, JABOATAO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 12/07/2019, por volta das 18:15 hs, no endereço: A. GOVERNADOR MANOEL RABELO, S/N, ENGENHO VELHO JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA AZUL KGU7230-PE ; MOTOCICLETA HONDA PRETA PDG1209-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA, inscrito sob o CPF nº 051.260.674-94 e Registro Geral ° 6454429, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707324-0 CARNEIRO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico MARCELO CORREIA, registro 19647. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 26/08/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000804

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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCLEBIO JOSE DE SOUZA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01294

CONTA: 000000052769-0

Nr. da Autenticação 672AD9D728B6CA84



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada 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 - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0095643-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS PEREIRA AGOSTINHO
PROX PADARIA LORETO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 1 15 DE NOVOBRE 85 A

CPF 032 233 014-96

QUADRO/JABOATÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54100-212

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4005850873	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA
01/08/2019	22/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	17,36

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
070746713	ÚNICA	23/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSCRIÇÃO
23/07/2019	2001744103	1522982

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,000000	0,57599874	17,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
ICMS Subvenção-CDE-NF 063107841-73/05/19			0,31
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,52
TOTAL DA FATURA			17,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
6115307	CA1	21/06/2019	11 525,30	23/07/2019	11 553,30	32	1,0000	
								38,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
JUL-19 30		ICMS	17,57	0,52	Parcela pelo mínimo de faturamento - Cofre de Descontos - Artigo 99, Resolução ANEL 414/2019
AUG-19 40		PIS	17,57	0,81	
SEP-19 50		COFINS			
OUT-19 50					
NOV-19 50					
DEZ-19 30					
JAN-20 30					
FEB-20 30					
MAR-20 30					
ABR-20 30					
MAY-20 30					
JUN-20 30					
JUL-20 30					
AUG-20 30					
SEP-20 30					
OCT-20 30					
NOV-20 30					
DEZ-20 30					
JAN-21 30					
FEB-21 30					
MAR-21 30					
ABR-21 30					
MAY-21 30					
JUN-21 30					
JUL-21 30					
AUG-21 30					
SEP-21 30					
OCT-21 30					
NOV-21 30					
DEZ-21 30					
JAN-22 30					
FEB-22 30					
MAR-22 30					
ABR-22 30					
MAY-22 30					
JUN-22 30					
JUL-22 30					
AUG-22 30					
SEP-22 30					
OCT-22 30					
NOV-22 30					
DEZ-22 30					
JAN-23 30					
FEB-23 30					
MAR-23 30					
ABR-23 30					
MAY-23 30					
JUN-23 30					
JUL-23 30					
AUG-23 30					
SEP-23 30					
OCT-23 30					
NOV-23 30					
DEZ-23 30					
JAN-24 30					
FEB-24 30					
MAR-24 30					
ABR-24 30					
MAY-24 30					
JUN-24 30					
JUL-24 30					
AUG-24 30					
SEP-24 30					
OCT-24 30					
NOV-24 30					
DEZ-24 30					
JAN-25 30					
FEB-25 30					
MAR-25 30					
ABR-25 30					
MAY-25 30					
JUN-25 30					
JUL-25 30					
AUG-25 30					
SEP-25 30					
OCT-25 30					
NOV-25 30					
DEZ-25 30					
JAN-26 30					
FEB-26 30					
MAR-26 30					
ABR-26 30					
MAY-26 30					
JUN-26 30					
JUL-26 30					
AUG-26 30					
SEP-26 30					
OCT-26 30					
NOV-26 30					
DEZ-26 30					
JAN-27 30					
FEB-27 30					
MAR-27 30					
ABR-27 30					
MAY-27 30					
JUN-27 30					
JUL-27 30					
AUG-27 30					
SEP-27 30					
OCT-27 30					
NOV-27 30					
DEZ-27 30					
JAN-28 30					
FEB-28 30					
MAR-28 30					
ABR-28 30					
MAY-28 30					
JUN-28 30					
JUL-28 30					
AUG-28 30					
SEP-28 30					
OCT-28 30					
NOV-28 30					
DEZ-28 30					
JAN-29 30					
FEB-29 30					
MAR-29 30					
ABR-29 30					
MAY-29 30					
JUN-29 30					
JUL-29 30					
AUG-29 30					
SEP-29 30					
OCT-29 30					
NOV-29 30					
DEZ-29 30					
JAN-30 30					
FEB-30 30					
MAR-30 30					
ABR-30 30					
MAY-30 30					
JUN-30 30					
JUL-30 30					
AUG-30 30					
SEP-30 30					
OCT-30 30					
NOV-30 30					
DEZ-30 30					
JAN-31 30					
FEB-31 30					
MAR-31 30					
ABR-31 30					
MAY-31 30					
JUN-31 30					
JUL-31 30					
AUG-31 30					
SEP-31 30					
OCT-31 30					
NOV-31 30					
DEZ-31 30					
JAN-32 30					
FEB-32 30					
MAR-32 30					
ABR-32 30					
MAY-32 30					
JUN-32 30					
JUL-32 30					
AUG-32 30					
SEP-32 30					
OCT-32 30					
NOV-32 30					
DEZ-32 30					
JAN-33 30					
FEB-33 30					
MAR-33 30					
ABR-33 30					
MAY-33 30					
JUN-33 30					
JUL-33 30					
AUG-33 30					
SEP-33 30					
OCT-33 30					
NOV-33 30					
DEZ-33 30					
JAN-34 30					
FEB-34 30					
MAR-34 30					
ABR-34 30					
MAY-34 30					
JUN-34 30					
JUL-34 30					
AUG-34 30					
SEP-34 30					
OCT-34 30					
NOV-34 30					
DEZ-34 30					
JAN-35 30					
FEB-35 30					
MAR-35 30					
ABR-35 30					
MAY-35 30					
JUN-35 30					
JUL-35 30					
AUG-35 30					
SEP-35 30					
OCT-35 30					
NOV-35 30					
DEZ-35 30					
JAN-36 30					
FEB-36 30					
MAR-36 30					
ABR-36 30					
MAY-36 30					
JUN-36 30					
JUL-36 30					
AUG-36 30					
SEP-36 30					
OCT-36 30					
NOV-36 30					
DEZ-36 30					
JAN-37 30					
FEB-37 30					
MAR-37 30					
ABR-37 30					
MAY-37 30					
JUN-37 30					
JUL-37 30					
AUG-37 30					