

<div>  <div> REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ADMINISTRAÇÃO FEDERAL DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E AERONÁUTICA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> <div>  <div> PE </div> </div> </div>	
<div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1482661245 </div>	<div> NOME GEORGE CARLOS MELO LIMA </div>
	<div> <div> DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 5840550 SSP PE </div> </div>
	<div> <div> CPF 008.475.324-29 </div> <div> DATA NASCIMENTO 03/05/1978 </div> </div>
	<div> <div> FILIAÇÃO GILBERTO CARLOS DE LIMA A MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA </div> </div>
	<div> <div> <div> PERMISSÃO 00000000000000000000000000000000 </div> <div> ACC 00000000000000000000000000000000 </div> <div> CAT. HAB AB </div> </div> </div>
<div> <div> Nº REGISTRO 02136855400 </div> <div> VALIDADE 30/06/2023 </div> <div> 1ª HABILITAÇÃO 18/12/2001 </div> </div>	
<div> <div> PROIBIDO PLASTIFICAR 1482661245 </div> </div>	<div> OBSERVAÇÕES <div> <div> EAR CMXX </div> </div> </div>
	<div> <div> <div> <div>  </div> </div> </div> </div>
	<div> <div> ASSINATURA DO PORTADOR </div> </div>
	<div> <div> LOCAL SERRA TALHADA, PE </div> </div>
	<div> <div> DATA EMISSÃO 24/07/2017 </div> </div>
<div> <div> <div> <div>  </div> </div> </div> </div>	
<div> <div> ASSINATURA DO EMISSOR 33610552568 PE079966268 </div> </div>	
<div> <div> <div> <div>  </div> </div> </div> </div>	
<div> <div> <div> <div> <div> PERNAMBUCO </div> </div> </div> </div> </div>	

25 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012212210290
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.C. EXERCÍCIO
1 1006676136 ***** 2015

NOME
ROMARIO MONTEIRO ANTUNES

SÃO J. BELMONTÉ-PE

CPT / CNPJ PLACA
115.940.004-50 0TV8075

PLACANT / UF CHASSI
***** / PE 9C2XC1680ER020846

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
FA / MOTOCICLETA ALCO / GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COA PREDOMINANTE

29/149CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2015 QUITADO 1ª *****

PADA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
A 1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TAXIPARCO (R\$) IOP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
SÃO J. BELMONTÉ 19/09/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidência DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 012212210290
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD-RENAVAM ILN-TRC EXERCÍCIO
1 1006676136 ***** 2015

NOME
ROMARIO MONTEIRO ANDRELENO

SÃO J. BELMONT-SE

CPT / CNP PLACA
118.840.084-50 QTV8073

PLACA ANT / UF CHASSI
***** / SE 9C2K01680ER020849

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PA / MOTOCICLETA ALCO / GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
Honda / Rebelo 2015 2015

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
250 / 149CL PARTIC PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I	IPVA 2015 QUITADO		1ª *****
P			2ª *****
V			3ª *****
A	1	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOT (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO IRO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA. RIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSPERÊNCIA

LOCAL DATA
SÃO J. BELMONT 19/09/15

Charles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAB

25 SET 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA , LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/10/2019

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

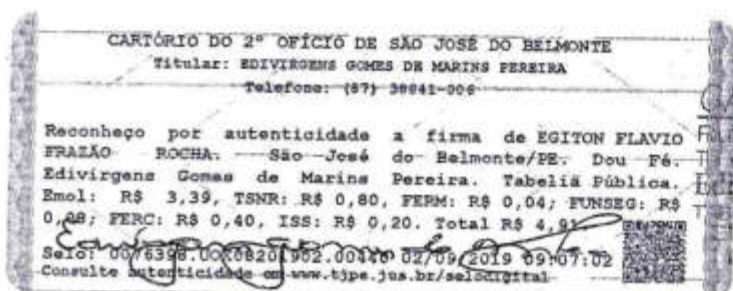
1. Outorgante EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SDS- PE, em 15 10 2013,
inscrito no CPF sob o nº 116.461.684-61, residente na
SI. OLHO D'ÁGUA nº 5690
complemento CASA, bairro REGIÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 11 10 2019, DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgante GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550
expedido por SDS- PE, em 24 10 2012,
inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 573
complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 02 de 09 de 2019.

Outorgante: Egiton Flavio Frazão Rocha



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Rua José Alves de Carvalho, 32
3884 1006 / São José do Belmonte - PE
Edviregens Gomes de Marins Pereira
TABELIÃO OFICIAL PRIVATIVO DE PROTESTO
Email: cartorio2w@hotmail.com

05 SET 2019

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

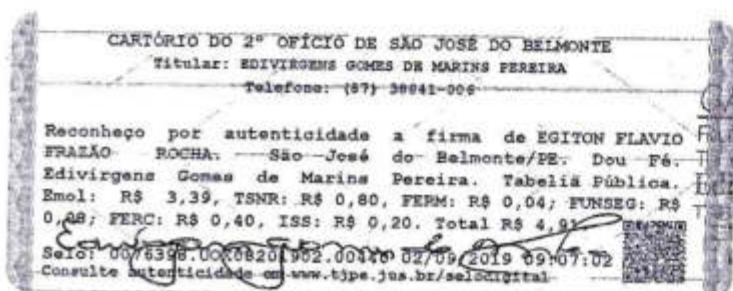
1. Outorgante EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SDS- PE, em 15/01/2013,
inscrito no CPF sob o nº 116.461.684-61, residente na
SI. OLHO D'ÁGUA nº 5690
complemento CASA, bairro REGIÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 11/04/2019, DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgante GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550
expedido por SDS- PE, em 24/07/2012,
inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 573
complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 02 de 09 de 2019.

Outorgante: Égiton Flávio Frazão Rocha



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Rua José Alves de Carvalho, 32
3884 1006 / São José do Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
TABELIÃO OFICIAL PRIVATIVO DE PROTESTO
Email: cartorio2w@hotmail.com

05 SET 2019

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

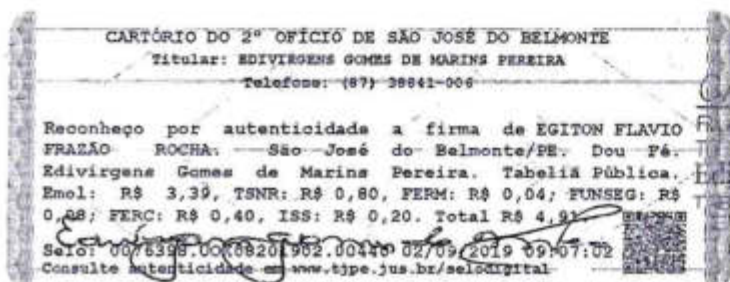
1. Outorgante EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SDS- PE, em 15 10 2013,
inscrito no CPF sob o nº 116.461.684.61, residente na
SI OLHO D'ÁGUA nº 5690
complemento CASA, bairro REGIÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 11/04/2019, DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgante GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550
expedido por SDS- PE, em 24 10 2012,
inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 523
complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 02 de 09 de 2019.

Outorgante: Egiton Flavio Frazão Rocha



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Rua José Alves de Carvalho, 32
3884 1006 / São José do Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
TABELIA E OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO
Email: cartorioev@hotmail.com

25 SET 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333672/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

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: 26/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333672/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO
ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

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: 26/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553200

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553200

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553200

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000067840-7

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 116.461.684-61 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA 6 - CPF: 116.461.684-61
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. OLHO D. AGUA 9 - Número: 5690 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BITO RURAL 12 - Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 87.99948-1477

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: 0914 CONTA: 67840 7
(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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

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, BELMONTE - PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazao Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lima
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 116.461.684-61 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA 6 - CPF: 116.461.684-61
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. OLHO D. AGUA 9 - Número: 5690 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BITO RURAL 12 - Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 87.99948-1477

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: 0914 CONTA: 67840 7
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

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, BELMONTE - PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazao Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lima
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: CONTA:

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

25 SET 2019

40 - Local e Data, BELMONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

4 - Nome completo da vítima:

116.461.684-61 EBITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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:

0914

CONTA:

678407

(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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ 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:

BELMONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190553200
Nome do(a) Examinado(a): Egíton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Si Olho D Agua, 5190 Casa
Sitio Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9649500
Data local do acidente: [11/04/2019]
Data local do exame: [07/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 24/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 à valoração do dano corporal.

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



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

**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: 3190553200
Nome do(a) Examinado(a): Egíton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Si Olho D Agua, 5190 Casa
Sitio Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9649500
Data local do acidente: [11/04/2019]
Data local do exame: [07/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 24/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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



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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000575**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, PE 430 - SÍTIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81441893**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, , SÍTIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 91051570**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

05 SET 2019

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
(VITIMA)

Egiton Flavio Frazão Rocha

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

Romario Monteiro Andrelino

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**

J. Barros



05 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000575**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81441893**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ** Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 91051570**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

25 SET 2019

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
(VITIMA)

Egiton Flavio Frazão Rocha

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

Romario Monteiro Andrelino

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**

J. Barros



25 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000575**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81441893**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ** Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 91051570**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

25 SET 2019

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
(VITIMA)

Egiton Flavio Frazão Rocha

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

Romario Monteiro Andrelino

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**

J. Barros



25 SET 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 116.461.684-61 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA 6 - CPF: 116.461.684-61
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. OLHO D. AGUA 9 - Número: 5690 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BITO RURAL 12 - Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 87.99948-1477

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: 0914 CONTA: 67840 7
(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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

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, BELMONTE - PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazao Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Lima
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:
116.461.684-61 EBITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

5 - Nome completo: EBITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA 6 - CPF: 116.461.684-61
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. OLHO D. AGUA 9 - Número: 5190 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: R. 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.99998-1447

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: 0914 CONTA: 678407
(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

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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, BELMONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Ebiton Flavio Frazão Rocha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
George Carlos Melo Jr

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:
116.461.684-61 EBITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

5 - Nome completo: EBITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA 6 - CPF: 116.461.684-61
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. OLHO D. AGUA 9 - Número: 5190 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: R. 12 - Cidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87.99998-1447

DADOS CADASTRAIS

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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:

0914

CONTA:

67840

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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:

BELMONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG:9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____

Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Cetorolaco 1FA, 500 11/80
② Transf 1FA + 100ml SF0,9%. EV. 11/80

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEPE: 27092
Médico

Maria do Socorro Alves Carvalho

05 SET 2019

9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG:9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____

Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Cetorolaco 1FA, 500 11/80
② Transf 1FA + 100ml SF0,9%. EV. 11/80

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEPE: 27092
Médico

Maria Inês Almeida Carvalho

05 SET 2019

9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
Tax.: [] °C FR: [] irpm FC: [] bpm HGT [] mg/dl PA [] X [] mmhg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []
Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

- ① Cetoril 1FA, 100 11/80
- ② Tranal 1FA + 100 SF, 9.1. EU. 11/80

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEPE: 27099
Médico

Maria da Conceição Alves Carvalho

25 SET 2019

9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
Tax.: [] °C FR: [] irpm FC: [] bpm HGT [] mg/dl PA [] X [] mmhg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []
Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

- ① Cetorol 1FA, 100 11/80
- ② Tranal 1FA + 100 SF, 9.1. EU. 11/80

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEPE: 27099
Médico

Maria da Conceição Alves Carvalho

25 SET 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000067840-7

Nr. da Autenticação 146D9ABD32BF8F76

05 SET 2019



MARIA DE LOURDES MELO LIMA

RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA, 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55903-220

COMPTON CONTINUED

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DO NOTÍFICAL	DATA	EMISSÃO
073162422	09/09/2018	13/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA JUNTILHA
13/09/2018	2000530115	26603401

CÓDIGO CONTRATO	MEJORA
1130133025	08/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PROXIMA PROGRAM. CONTRATO
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (€)	163.84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	171.0000000	0,77546172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ilum Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-COE-NF 06593255-11/06/18			1,16
Doação APAE - 0800 722 7223			15,00

TOTAL DA FATURA

1832

DEMONSTRATIVO DE PASSIVO DESTINADO ÀS C.D.S.

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
180734	CAT	11/07/2019	8.380,00	13/08/2019	8.421,00	33	1,00000		41,00

THE HAYDOCK CO. INC. CONSUMERS



100% UNIVERSAL COMPATIBILITY

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
ICMS	138,57	25,00	34,64
PIG	138,57	0,74	1,03
COTOM	138,57	3,42	4,74

<http://www.cornell.edu/condor>

Descrição	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 48,20	34,80%
Transmissão	R\$ 4,00	3,40%
Distribuição (Cabo)	R\$ 26,33	21,08%
Perdas de Energia	R\$ 8,21	8,25%
Emendas Internas	R\$ 5,38	4,26%
Tributos	R\$ 40,79	28,15%
Total	R\$ 132,91	100%

APPLICATIONS

Consumers Advertising

© 2000 Blackwell Science Ltd

RESERVADO AO FISCO

E4A2 94E9 29C2 4007 185D 154C E0BD 78FC

INFORMACIÓES IMPORTANTES

[illegible]

As informações pessoais
contidas no Formulário A-100
41-A-001.00, relativas ao produto,
são de propriedade e utilizadas sob
licença da Comissão, para
propósitos estatísticos e não para
distribuição pública.
© 1999, National Center for
Health Statistics

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

COLUMNO	VALOR ANUAL	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DIV	0,00	5,43	10,86	21,73
FC	0,00	3,30	6,60	13,20
DIVC	0,00	3,11	0,00	0,00

Unita OCRA: 12,20

BUST - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 61,00

NÍVELS DE TENDÊNCIA

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

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

© 2000 The Authors
Journal compilation © 2000 Blackwell Science Ltd



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, 115, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0605943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO ROCHA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI OLHO D'ÁGUA 5690

CPF: 330.443.174-87

BOM NOME - REGIÃO RURAL/BOM NOME
 SÃO JOSÉ DO BELMONTE PE
 56950-000

CLASSIFICAÇÃO
**B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL**

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
7026660720 03/2019
 DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
26/03/2019 15/04/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) **17,88**

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE ÚNICA	CLASSO
044450941	ÚNICA	18/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/03 019	331723871	5401738

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,55302725	16,59
Contrib. Sum. Pública Municipal			1,29

TOTAL DA FATURA

17,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
317104222	CAE	14/03/2019	143,00	18/03/2019	143,00	32	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	Mês/Ano	Consumo (kWh)
MAR 19	30	
FEV 19	30	
JAN 19	32	
DEZ 18	30	
NOV 18	30	
OUT 18	30	
SET 18	30	
AUG 18	30	
JUL 18	30	
JUN 18	30	
MAY 18	30	
ABR 18	30	
MAR 18	32	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	16,59	1,01	0,16
COFINS	16,59	4,68	0,77

Faturado pelo cliente desta
 - Conta de Desempenho
 Artigo 66, Resolução ANEEL
 414/2010

Consumo Ativo (kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,52188C

RESERVAÇÃO FISCAL

CFF4 C739 6210 1F8E DE46 43F4 56D4 FD71

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais próximo de vencimento de sua parcela de pagamento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. A suspensão do fornecimento de energia elétrica será realizada após 15 dias de atraso no pagamento. O cliente é responsável por manter a continuidade individualizada do fornecimento de energia elétrica. Pague em dobro para multa 2% (Art. 11, Lei 10.438/02), juros 1% (Art. 10, Lei 10.438/02) e atualização monetária no período, além da multa de 10% (Art. 11, Lei 10.438/02), do RCM-PE. O Cliente é responsável por manter a continuidade individualizada do fornecimento de energia elétrica. Consulte o site www.celpe.com.br para mais informações.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tarifas de atendimento à disposição para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
DEC	0,00	1"	
FIC	0,00		
DISC	0,00		

25 SET 2019

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	UNPA	EMISSÃO
073102422	UNPA	13/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA INSTALAÇÃO
1306/2019	2000450115	3663341

CÓDIGO CONTRATO	MESANO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VOTAÇÃO PARA LETURA
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(HAM)	171.0000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,78
Contrib. Ium. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-COE-MF 085393255-11/06/18			1,15
Doação APAE - ORNO 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

103 BM

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEI/EMP	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
18094	CA1	11/07/2018	8.390,00	12/06/2018	8.421,00	33	1,00030		171,00

ÍNDICE DE SUSTENTABILIDADE

ANO	ÍNDICE
1971	100
1972	100
1973	100
1974	100
1975	100
1976	100
1977	100
1978	100
1979	100
1980	100
1981	100
1982	100
1983	100
1984	100
1985	100
1986	100
1987	100
1988	100
1989	100
1990	100
1991	100
1992	100
1993	100
1994	100
1995	100
1996	100
1997	100
1998	100
1999	100
2000	100
2001	100
2002	100
2003	100
2004	100
2005	100
2006	100
2007	100
2008	100
2009	100
2010	100
2011	100
2012	100
2013	100
2014	100
2015	100
2016	100
2017	100
2018	100
2019	100

INFORMAÇÕES DE INÍCIOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	130,57	25,00
PIS	130,57	0,74
COPIS	130,57	3,43

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	45,08	34,89%
Transmissão	4,82	3,49%
Distribuição (Cabo)	20,23	15,09%
Perda de Energia	8,20	6,25%
Energias Soterrâneas	5,06	3,85%
Tributos	45,78	34,91%
Total	130,57	100%

RECURSOS APLICADOS

Consumo Ativo (R\$)	Consumo Passivo (R\$)
0,4633000	0,4633000

RESERVAÇÃO FISCAL

FAZ 245 202 4887 1980 15AC 0808 79EC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de funcionamento (frequência, amplitude, etc.) variam, produzindo serviços prestados em função de um conjunto de fatores, de uma complexa interação de fatores e de diversos aspectos ambientais.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
COLUNAS	VALOR minimo	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRANSITUAL	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	0,00	5,43	10,00	21,73	220	202	231
FIC	0,00	3,30	8,80	13,20			
DMIC	0,00	3,11	6,00	9,00			

Unidade 01 - 12,23 R\$ - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Circulação - R\$ 51,00

ATTENTION: DO NOT REMOVE ANYTHING FROM THE ATTACHED CASES OR IF DAMAGED

25 SET 2019

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	UNPA	EMISSÃO
073102422	UNPA	13/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DA INSTALAÇÃO
1306/2019	2000530115	3663341

COUNT CONTRACTO	MESANO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA INICIATIVA PROGRAMA LETITIA
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163.84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adivo(MWh)	171.0000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,1
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,78
Contrib. Ium. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 085393255-11/08/18			1,15
Doação APAE - 0800 722 2722			15,00

TOTAL DA FATURA

103 BM

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEI/MICRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
180194	CAI	11/07/2018	8.390,00	12/06/2018	8.421,00	33	1,00030		171,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh	Consumo (kWh)
AGO18 171	171
SET18 158	158
OUT18 170	170
NOV18 205	205
DEZ18 183	183
JAN19 226	226
FEB19 240	240
MAR19 218	218
ABR19 232	232
MAY19 242	242
JUN19 248	248
JUL19 265	265
AUG19 282	282

INF-RELA-GEX DE INIBITORES

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	34,34
PIS	0,74	1,82
COFINS	3,43	4,72

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	UF	%
Geração de Energia	45,08	34,89%	
Transmissão	4,82	2,44%	
Distribuição (Cabo)	20,23	21,09%	
Perdas de Energia	8,20	8,55%	
Energia Solarista	5,56	4,57%	
Tributos	45,38	22,15%	
Total	139,37	100%	

TARIFAS APLICADAS

Consumo Abaixo (kWh) 0,6433000

RESERVAÇÃO FISCAL

EAA2 B4E8 2HC2 4BB7 19R0 15AC E0B0 79EC

INDICADORES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de funcionamento (frequência, amplitude, etc.) variam, produzindo serviços prestados em função de um conjunto de fatores, de uma complexa interação de fatores e de diversos aspectos ambientais.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
COLUNA	VALOR minimo	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRANSITUAL	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	0,00	5,43	10,00	21,73	220	202	231
FIC	0,00	3,30	8,80	13,20			
DMIC	0,00	3,11	6,00	9,00			

Unidade 01 - 12,23 R\$ - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Circulação - R\$ 51,00

ATTENTION: DO NOT REMOVE ANYTHING FROM THE ATTACHED CASES OR IF DAMAGED

25 SET 2019



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:		CEP:	<u>56.903-220</u>	Tel. (DDD):	<u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:		CEP:	<u>56.903-220</u>	Tel. (DDD):	<u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF¹.

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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461.684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461.684 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECABEB/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 COAF¹.

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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461.684 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461.684 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO

RG nº 9099336, data de expedição 02/05/02

Órgão SDS-PIE, portador do CPF nº 115.840.084-58

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: 0YV-8075 Chassi: 9C2KE1680ER020849

Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino

Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Rua José Alves de Carvalho, 32

Tel. 3884-1006 / São José do Belmonte - PE

Edição: 05/06/2019

Edição: 05/06/2019

Edição: 05/06/2019

Edição: 05/06/2019

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira, Tabelião. Emol: R\$ 6,78, TSNR: R\$ 1,60, FERM: R\$ 0,08, FUNSEG: R\$ 0,16, FERC: R\$ 0,80, ISS: R\$ 0,40. Total: R\$ 9,72. Selo: 0076398.DF066201901.00661 22/07/2019 10:58:15. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

05 SET 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO

RG nº 9099336, data de expedição 02/05/02

Órgão SDS-PIE, portador do CPF nº 115.840.084-58

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: 0YV-8075 Chassi: 9C2KE1680ER020849

Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino

Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Rua José Alves de Carvalho, 32

Tel. 3884-1006 / São José do Belmonte - PE

Edição: 05/06/2019

Edição: 05/06/2019

Edição: 05/06/2019

Edição: 05/06/2019

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira, Tabeliã. Emol: R\$ 6,78, TSNR: R\$ 1,60, FERM: R\$ 0,08, FUNSEG: R\$ 0,16, FERC: R\$ 0,80, ISS: R\$ 0,40. Total: R\$ 9,72. Selo: 0076398.DP06201901.00661 22/07/2019 10:58:15. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

05 SET 2019

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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO

RG nº 9099336, data de expedição 02/05/02

Órgão SDS-PIE, portador do CPF nº 115.840.084-58

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: 0YV-8075 Chassi: 9C2KE1680ER020849

Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino

Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Rua José Alves de Carvalho, 32

Tel. 3884-1006 / São José do Belmonte - PE

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

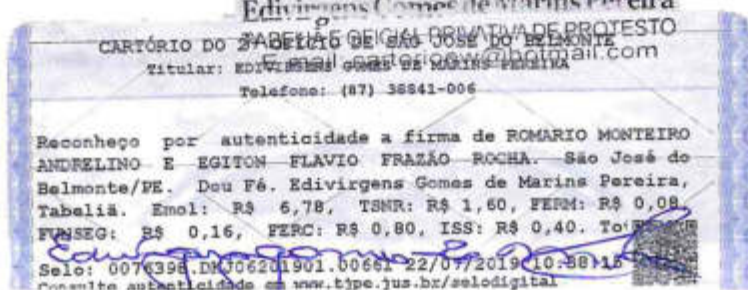
Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016



25 SET 2019

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

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO

RG nº 9099336, data de expedição 02/05/02

Órgão SDS-PIE, portador do CPF nº 115.840.084-58

com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014

Placa: 0xv-8075 Chassi: 9C2KE1680ER020849

Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino

Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Rua José Alves de Carvalho, 32

Tel. 3884-1006 / São José do Belmonte - PE

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

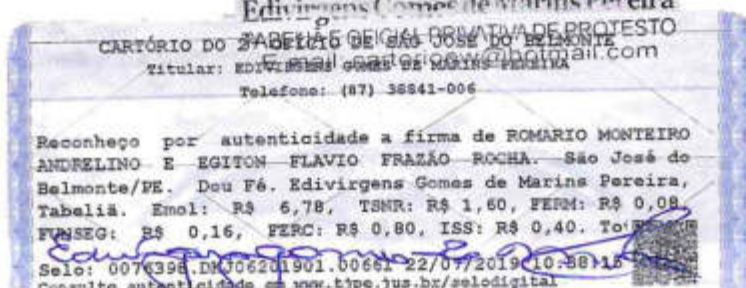
Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016

Edição: 01/01/2016



25 SET 2019

9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
 Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
 Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
 Cartão SUS: 708408776551462 RG:9649500

Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR

Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____

Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

An lte no bichito.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tornoz.

Conduta Terapêutica:

① Cetorol 1FA, 100mg 11/80
 ② Tramadol 1FA + 100mg SF, 9.1. EU. lte 11/80

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
 Médico

CREMEPE: 27092

Médico

Maria da Glória Alves Carvalho

05 SET 2019



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

NOME ATEND.

12 6 9 6 4 9 5 0 0

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - SIS PRENATAL

7 - SERIA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

4 0 8 4 0 8 7 4 6 5 5 1 4 6 2

9 - NOME DO PACIENTE

10 - DATA DE NASCIMENTO

11 - SEXO

Egton Claudio Fraga Rocha

16/03/1995

Masc ☒ Fem ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

Edvania Fraga Rocha

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Sítio Jurema

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São José do Bonfim

16 - COO. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trauma m. ombro @
Lombago fnt

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

h

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID, 10 PRINCIPAL

Q Penton m ckm - @

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID, 10 SECUNDÁRIO

25 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COO. DO PROCEDIMENTO

Flu clareamento chm - @

0408.010150

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
FONE: 9.9916-0112

12/04/19

05 SET 2019

GREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COO. ORÇÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR/H

261910747743-7

() CNS () CPF

MOTIVO DA ALTA:

melhorado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

eletivo

DATA DA INTERNAÇÃO:

11/04/19

DATA DA ALTA:

13/04/19

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/04/19

Jose Roberto Vieira Barros
Médico Autorizador
CRM: 15.122
CPF: 9.9916-0112

Data do Atendimento: 17/04/2019 Prontuário: 00043770 Registro: 00092072 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data Nascimento: 16/03/1995 Idade: 24 Anos, 1 Mês Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: FRANCISCO ROCHA Mãe: EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

Endereço: SÍTIO JUREMA Nº

Bairro: BOM NOME Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Telefone: 981010265

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidentado Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NO OMBRO D.

LIMITAO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA

S.A.D.T

Diagnóstico Final

O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [X] Decisão Médica [X]

Inalterado [] Alta a Pedido []

Piorado [] Transferência []

Óbito+48h [] Evasão []

Óbito-48h [] Indisciplina []

Óbito em ____/____/____ Hora: ____

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: 19/04/19

Médico Responsável

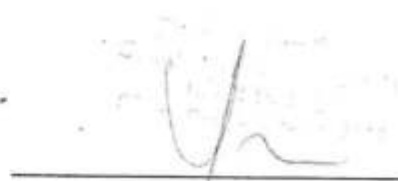
Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:	Início:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:
		Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSÉPSIS
- SUTURA
- CLOTTAGEM


Assinatura do Cirurgião

9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
 Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
 Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
 Cartão SUS: 708408776551462 RG:9649500

Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR

Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:

Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① Cetorolaco 1FA, 100mg 11/80
 ② Tramadol 1FA + 100mg SF, 9.1. EU. 11/80

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
 Médico

CREMEPE: 27092

Médico

Maria da Conceição Alves Carvalho

05 SET 2019



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

12 6 9 6 4 9 5 0 0

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4 0 8 4 0 8 7 4 6 5 5 1 4 6 2

6 - SIS PRENATAL

7 - SERIA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Egton Claudio Fraga Rocha

10 - DATA DE NASCIMENTO

16/03/1995

11 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Edvania Fraga Rocha

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Sítio Jurema

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São José do Bonfim

16 - COO. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trauma m. ombro @
Lombos fr.

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

h

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① Penton m. cdm - ①

22 - CID, 10 PRINCIPAL

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID, 10 SECUNDÁRIO

25 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TLI clareamento cdm ①

27 - COO. DO PROCEDIMENTO

0408.010150

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
FONE: 9.9916-0112

12/04/19

05 SET 2019

GREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COO. ORÇÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910747743-7

MOTIVO DA ALTA:

melhorado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

eletivo

DATA DA INTERNAÇÃO:

11/04/19

DATA DA ALTA:

13/04/19

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/04/19

Dr. Ebenone Silva
Médico Autorizador
CRM: 15.122
CPF: 9.991.601-12

Data do Atendimento: 17/04/2019 Prontuário: 00043770 Registro: 00092072 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data Nascimento: 16/03/1995 Idade: 24 Anos, 1 Mês Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: FRANCISCO ROCHA Mãe: EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

Endereço: SÍTIO JUREMA Nº

Bairro: BOM NOME Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Telefone: 981010265

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidentado Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NO OMBRO D.

LIMITADO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial: FRACTURA DA CLAVICULA

S.A.D.T

Diagnóstico Final: O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [X] Decisão Médica [X]
Inalterado [] Alta a Pedido []
Piorado [] Transferência []
Óbito+48h [] Evasão []
Óbito-48h [] Indisciplina []

Óbito em ____/____/____ Hora: ____:____:____

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: 19/04/19

Médico Responsável

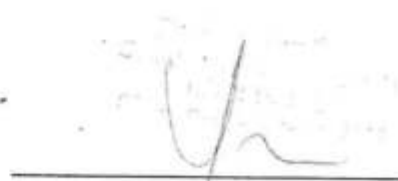
Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:	Início:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:
		Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSÉPSIS
- SUTURA
- CLOTTAGEM


Assinatura do Cirurgião

9.8144-1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
 Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
 Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
 Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
 Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR

Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____

Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT mg/dl PA X mmhg Peso: kg

Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

- ① *Uterus em IFA, 11/80*
- ② *Trauma IFA + 100% SF, 9.1. EU. 11/80*

7

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
 Médico

CREMEPE: 27098

Médico

Maria Antonia Alves Carvalho

25 SET 2019



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

12 6 9 6 4 9 5 0 0

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4 0 8 4 6 8 7 7 6 5 5 1 4 6 2

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Egiton Ribeiro Araújo Rocha

10 - DATA DE NASCIMENTO

16/03/1995

11 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Elvânia Araújo Bezerra Rocha

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Sítio Laranjeira

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São José do Belmonte

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Trauma m. ombro @
Lombalgia

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

h

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① Penton m. clav. ①

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S42.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trt. cirúrgico clav. ①

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408.010150

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CFM - Fone: 9.9916-0112

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/04/19

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

25 SET 2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

43 - COD. ORÇÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261910747743-7

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/04/19

Dr. Roberto Vieira Barros
Médico Autorizador
CRM: 15.122
CPF: 435.341.74-00

MOTIVO DA ALTA:

melhorado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

Eletivo

DATA DA INTERNAÇÃO:

12/04/19

DATA DA ALTA:

13/04/19

Data do Atendimento: 17/04/2019 Prontuário: 00043770 Registro: 00092072 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**

Data Nascimento: 16/03/1995	Idade: 24 Anos, 1 Mês	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:	Nacionalidade:
Filiação: Pai: FRANCISCO ROCHA	Mãe: EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA		
Endereço: SITIO JUREMA	Nº		
Bairro: BOM NOME	Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE	Estado: PE	Telefone: 981010265

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidentado Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: _____ Telefone para Contato: _____

Endereço: _____

Local da Ocorrência: _____

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NO OMBRO D.
LIGAMENTO LACERADO

Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA CLAVICULA**

S.A.D.T

Diagnóstico Final: **O HESMIO**

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [X] Decisão Médica [X]
Inalterado [] Alta a Pedido []
Piorado [] Transferência []
Óbito+48h [] Evasão []
Óbito-48h [] Indisciplina []

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: 19/04/19

Óbito em ____/____/____ Hora: _____

Médico Responsável


Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO


Assinatura do Cirurgião

EGITON FLAVIO FRAZÃO

Paciente, 24 anos, vítima de acidente com motocicleta em 11/04/2019, no município de São José do Belmonte-PE. Após exame de imagem foi constatada fratura de clavícula direita. Realizou cirurgia para osteosíntese no Hospital São Francisco dia 17/04/2019.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em região da clavícula direita, com força diminuída em MSD, limitação da movimentação articular do ombro direito, como limitação na abdução completa do braço direito e limitação da rotação externa do MSD.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades agricultor.

SERRA TALHADA, 24 DE SETEMBRO 2019.

Dra. Tamara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.810

MÉDICA

25 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LUIZ VAS BURL

10 R-29

RECEBUEIRO

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.649.500 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/01/2013

NOME << EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA >>

FILIAÇÃO << FRANCISCO ROCHA >>
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>

NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE DATA DE NASCIMENTO 16/03/1995

DOC. ORIGEM << CN.20955 L.20A F.60 CART.SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>

CPF 116.461.684-61

ASSINATURA DO EMISSOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

F-52 78.240 - 4347

05 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO LUIZ VAS BURL

10 R-29

RECEBUEIRO

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.649.500 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/01/2013

NOME << EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA >>

FILIAÇÃO << FRANCISCO ROCHA >>
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>

NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE DATA DE NASCIMENTO 16/03/1995

DOC. ORIGEM << CN.20955 L.20A F.60 CART.SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>

CPF 116.461.684-61

ASSINATURA DO EMISSOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-52 78.240 - 4347

05 SET 2019

