



05 SET 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	9.649.500	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/01/2013
NAME	<< EGITON FLÁVIO 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 DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

F-52 78.240 - 4337

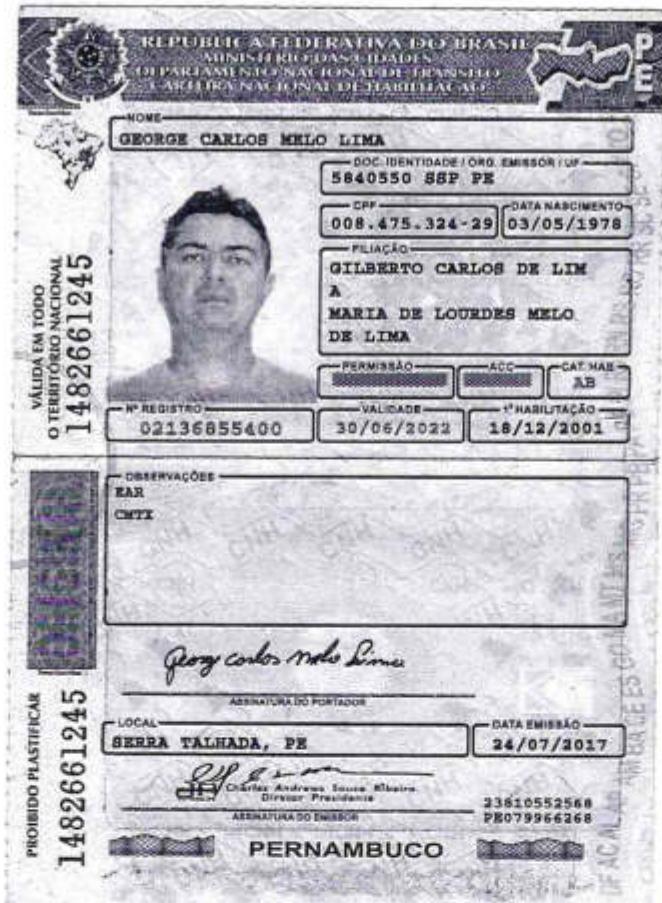
25 SET 2019



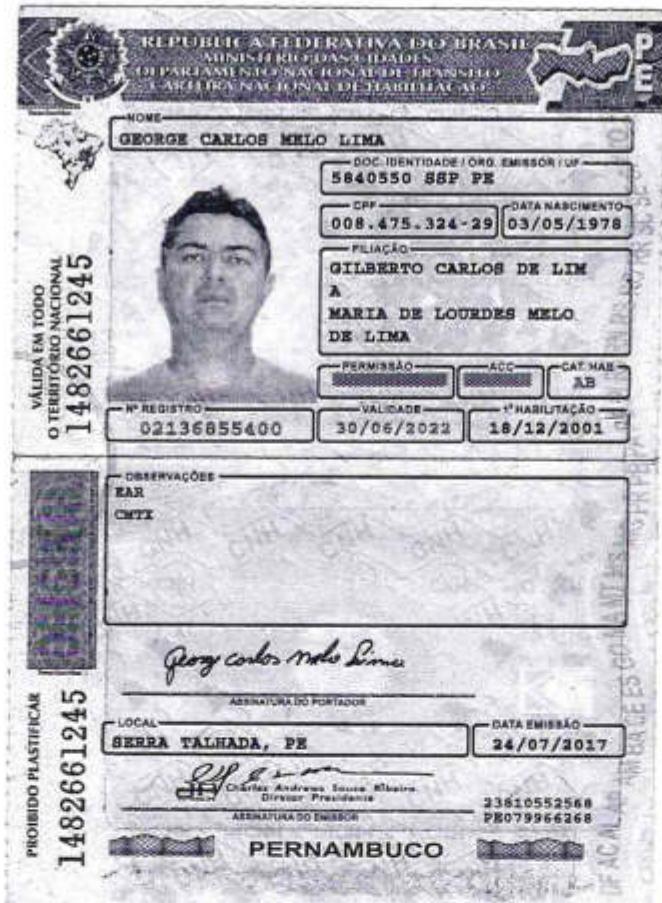
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	9.649.500	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/01/2013
NAME	<< EGITON FLÁVIO 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 DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83			
F-52 78.240 - 4337			

25 SET 2019



25 SET 2019



25 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE		Nº 012212210290
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
PLA 1	COD. REGRAVAM 1006676136	RNTRC. *****
		EXERCÍCIO 2015
NOME RONARIO MONTEIRO ALFREOLIM		
SÃO J. BELMONTE - PE		
CPF / CNPJ 115.840.064-56		PLACA GTV8075
PLACARANTE UF ***** / VE		CHASSI 942FC1680ER020849
ESPECIE TIPO PA: /MOTOCICLETA		COMBUSTIVEL ALCO/GÁSOL
MARCA / MODELO HONDA CBR 250R		ANO FAR / ANO MOD 2015 / 2015
CAP / POT / OIL 2P/149CL		CATEGORIA PARTIC
COTA UNICA IPVA 2015 QUITADO		COR PREDOMINANTE PRETA
VENC. COTA UNICA FADA IPVA		VENC. / COTAS 1° ***** 2° ***** 3° *****
PRÉMIO TAREFARIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO SEGURADO PAGO PROIBICAO NO		
OBSERVAÇÕES AL. FID. ROM CONS HAC HONDA LTDA RIO		
MATERIAL PARA TRANSPORTE		
LOCAL SAO J. BELMONTE		DATA 19/09/15
Charles Andrews Souza Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .

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

Valorização 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

Valorização 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

Valorização 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

Valorização 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 abixo 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 SOS-PE, em 15/01/2013, inscrito no CPF sob o nº 116.461.684-61, residente na 51 OLHO D'AGUA 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 SOS-PE, em 24/02/2012, inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na ANTÔNIO TOME DE SOUZA nº 523, complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO, cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplos 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 Flávio Frazão Rocha

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA
Telefone: (87) 38841-006

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO Frazão Alves de Carvalho, 32 FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Doc. F6. Tel: 3884 1006/São José do Belmonte - PE Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabellia Pública. Edivirgens Gomes de Marins Pereira Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,93. TABELLIA E OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO Email: cartorioew@hotmail.com

selo: 0076398.00008201902.00146 02/09/2019 09:07:02
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abixo 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 SOS-PE, em 15/01/2013, inscrito no CPF sob o nº 316.461.684-61, residente na 51 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 SOS-PE, em 24/02/2012, inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na ANTÔNIO TOME DE SOUZA nº 523, complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO, cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplos 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 Flávio Frazão Rocha

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA
Telefone: (87) 38841-006

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO Frazão Alves de Carvalho, 32 FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Doc. F6. Tel: 3884 1006/São José do Belmonte - PE Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabellia Pública. Edivirgens Gomes de Marins Pereira Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,93. TABELLIA E OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO Email: cartorioew@hotmail.com

selo: 0076398.00008201902.00146 02/09/2019 09:07:02 QR CODE

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

Procuração

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

1. Outorgante EGITON FLAVIO FRAZAO NOCHA, portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500, expedido por SDS - PE, em 15/01/2013, inscrito no CPF sob o nº 316.461.684-61, residente na SI. OLHO D'AGUA 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 24/02/2012, 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.

Amplos 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 Flávio Frazão Nocha

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA
Telefone: (87) 38841-006

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA. — São José do Belmonte/PE. Dou - Pé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabelia Pública. End.: R\$ 3,30, TSNR: R\$ 0,80, FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,92. Selo: 0075388.0075820-902.00449 02/09/2019 09:07:02 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selecdigital

Rua José Alves de Carvalho, 32
CEP 56841006 / São José do Belmonte - PE
Edivirgens Gomes de Marins Pereira
TABELIA E OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO
Email: cartorioew@hotmail.com

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2019

EGITON FLAVIO FRAZAO
ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2019

EGITON FLAVIO FRAZAO
ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2019

EGITON FLAVIO FRAZAO
ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2019

EGITON FLAVIO FRAZAO
ROCHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

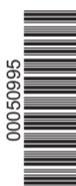
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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 FRAZÃO 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 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:

BITO RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE PE

13 - Estados:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

87.9998-1477

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:

 RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0914

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

67840

7

(Informar o dígito se existir)

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 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 Lider para verificação de 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nascituro (mortal)?:

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Vivos Falecidos Vivos



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 FRAZÃO 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 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:

BITO RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE PE

13 - Estados:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

87.9998-1477

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:

 RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0914

CONTA: 67840 7

(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 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 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 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(nascituras)?

 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BELMONTE - PE - 28/10/2019

2g-ton flávio frazão rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos molo bmo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

05 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:

4 - Nome completo da vítima:
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

5 - Nome completo:

E GITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA6 - CPF:
576.461.684-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D. AGUA

9 - Número:

5690

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

B.F. RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87.99998-1477

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0914**CONTA: **67 840**

(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 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.

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 recuperação de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima tem filhos? Sim Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BELMONTE - PE - 28/08/2019****Egiton Flávio Frazão Rocha**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Jr

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - 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:
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

5 - Nome completo:

E GITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA6 - CPF:
576.461.684-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D. AGUA

9 - Número:

5690

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

B.F. RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87.99998-1477

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0914**CONTA: **67840**

(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 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 recolhimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima tem filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? Sim Não31 - 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 devidamente, 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

CPF:

Assinatura da testemunha

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

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BELMONTE - PE - 28/08/2019**Egiton Flávio Frazão Rocha**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFPS.001.V002/2019

25 SET 2019

TESTEMUNHAS

**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): Egiton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Olho D Água, 5190 Casa
Sítio Rural São José 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 sequela (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 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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. Cheronne A. Silva
CRM ES 122
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): Egiton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Olho D Água, 5190 Casa
Sítio Rural São José 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 sequela (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 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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. Cheronne A. Silva
CRM: ES.122
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178^a CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178^aCIRC DINTER2/21^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0268000575

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) 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 (VITIMA)

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)

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

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARCEU 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)

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO x **Romario monteiro Andrelino**
(OUTRO)

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



05 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178^a CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178^aCIRC DINTER2/21^aDESEC

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 - Culposo (Consumado) 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 (VITIMA)

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 COMARECEU 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)

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

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



25 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178^a CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178^aCIRC DINTER2/21^aDESEC

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 - Culposo (Consumado) 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 (VITIMA)

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 COMARECEU 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)

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

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



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 FRAZÃO 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 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:

BITO RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE PE

13 - Estados:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

87.9998-1477

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:

 RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0914

CONTA: 67840 7

(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 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 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 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(nascituras)?

 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BELMONTE - PE - 28/10/2019

2g-ton flávio frazão rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos molo bmo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

05 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:

4 - Nome completo da vítima:
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

5 - Nome completo:

E GITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA6 - CPF:
576.461.684-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D. AGUA

9 - Número:

5690

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

B.F. RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87.99998-1477

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0914**CONTA: **67 840**

(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 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.

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 recolhimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BELMONTE - PE - 28/08/2019**Egiton Flávio Frazão Rocha**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFPS.001.V002/2019

25 SET 2019

TESTEMUNHAS



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:
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

5 - Nome completo:

E GITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA6 - CPF:
576.461.684-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D. AGUA

9 - Número:

5690

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

B.F. RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
87.99998-1477

DADOS CADASTRAIS

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\$1.00 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0914**CONTA: **67840**

(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 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.

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 recolhimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima tem filhos? Sim Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BELMONTE - PE - 28/08/2019****Egiton Flávio Frazão Rocha**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

George Carlos Melo Jr

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - 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:

Auente no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Transtorno de humor.

Conduta Terapêutica:

① Cetorizina, FA, 100 mg, 11/05

② Transt 1 FA + 100f Sfo, 91, EU. Let, 11/05

?

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Dr. Cipriano Mariano C. Neto

Médico

CRM/PE: 27092

Médico

Maria da Conceição 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:

[Large empty box for Pre-Consultation notes]

História da Doença Atual:

Auente no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trombo de tórax.

Conduta Terapêutica:

- ① Cetorjus, FA, 44 11/00
② Trombol 1FA + 100f SF, 91, EU. Let, 11/00

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Dr. Cipriano Mariano C. Neto

Médico

CRM/PE: 27092

Médico

Maria da Conceição Alves Carvalho

05 SET 2019

9.144-1893



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:

[Large empty box for Pre-Consultation notes]

História da Doença Atual:

Anoite noturno.

Hipótese Diagnóstica:

Transtorno do sono.

Conduta Terapêutica:

- ① Letor jws, FA, 46 11/10
② Transt. FA + 100f/50, 91. EU. Let, 11/10

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CRM-PE: 27091
Medico


Maria Lúcia Soárez Alves Carvalho

25 SET 2019

9.144-1893



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:

[Large empty box for Pre-Consultation notes]

História da Doença Atual:

Anoite noturno.

Hipótese Diagnóstica:

Transtorno do sono.

Conduta Terapêutica:

- ① Letor jws, FA, 46 11/10
② Transt. FA + 100f/50, 91. EU. Let, 11/10

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CRM-PE: 27091
Medico


Maria Lúcia Soárez 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: 00000067840-7

Nr. da Autenticação 146D9ABD32BF8F76



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02.
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. Jabo de Barro, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50052-902
CNPJ 10.835.322/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO ROCHA

CPF: 330.443.174-87

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

711

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
064459841	ÚNICA	18/03/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
1800_019	301723871	6401736

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI OLHO D'ÁGUA 5000

BOM NOME - REGIÃO RURAL/BOM NOME
SAO JOSE DO BELMONTE PE
56950-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7026660720	03/2019
DATÁ DE VENCIMENTO	DATA PRÉSTIMA PRÓXIMA LEITURA
26/03/2019	15/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 17,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		30,000000	0,55302725	16,59
Corrida Ium. Pública Municipal				1,29

TOTAL DA FATURA 17,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	WFDE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317104323		14/03/2019	18/03/2019	32	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TARIFAS		
MAR19	30	Base de Cálculo		
FEV19	30	ICMS		
MAR19	30	FIC		
MAIO19	30	COFINS		
NOV18	30			
OUT18	30			
SET18	30	Consumo Abatido(p)		
AGO18	30			
SET18	30	TARIFFAS APLICADAS		
NOV18	30			
DEZ18	30			
JAN19	30			
FEB19	30			
MAR19	30			
ABR19	30			
MAR19	30			

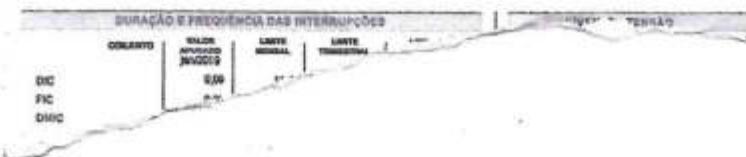
RESERVADO AO FISCO

CFF4 C739 8210.1FBE DE46 43F4 68D4 FD71

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço que informe para o seu ponto de medição os dados da sua instalação no endereço: Rua das Flores, nº 123 bairro: Boa Vista, Cidade: Recife, Estado: PE, CEP: 50052-902. O cliente é compensado quando sua leitura é realizada na contratação individualizada de fornecimento de energia elétrica, conforme Art. 2º, VI, VII, e 2.1, do ICMS-PE. O cliente é compensado quando sua leitura é realizada no prazo definido entre os contratos de abastecimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 41/2010) de tarifas, produtividade, consumo, cobrança e outras informações que se encorrem à disposição para consulta, encontra-se publicadas no site: www.celpe.com.br.



05 SET 2019



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 266.442.044-91

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL,
RESIDENCIAL

CONTROLE CONTRATO	PERÍODO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	21/08/2019
DATA PROXIMA LEITURA	11/09/2019

NP. DE NOTA FISCAL	DATA	LEITURA
073102422	ONPA	13/08/2019
APRESENTAÇÃO:	Nº DO DOCUMENTO	Nº DA MIGRAÇÃO
13/08/2018	2000590115	3680341

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	171.0000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-COE-NF 065393255-11/08/19			1,16
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

163,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NP. DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
160734	CAT	11/07/2019	8360,00	13/08/2019	8421,00	33	1,00000	171,00

MÉTODO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Método FPA:		Geração de Energia	R\$ 48,08 34,0%
AGO 18 - 171	ICMS	Transmissão	R\$ 4,80 3,4%
JUL 18 - 192	PIB	Transporte (Coplal)	R\$ 24,29 17,0%
JUN 18 - 170	COTUSP	Perdas de Energia	R\$ 8,21 5,5%
MAR 18 - 236		Envios para Sist. Dist.	R\$ 1,51 1,0%
ABR 18 - 133		Tributos	R\$ 40,79 28,1%
MAR 19 - 229		Total	R\$ 128,57 100%

Consumo Ativo (KWh)

0,4403300

TARIFAS APLICADAS

E4A2.94E9.29C2.48B7.18D0.15AC.E0BD.78EC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais curto devido ao menor prazo de cobrança gerais de cerca de 717 dias entre a data de compra e a data de vencimento. Pode haver prazo de até 10 dias entre a data de leitura e a data em que é emitida a fatura. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é cobrado quando há consumo individualizado ou individualizado por fornecedor. Pode haver desconto sobre o preço de fornecido para os casos de atendimento comercial. O consumidor pode consultar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º RBN 001-X3.

As tarifas para 2019:
 - 414.001.01: tarifa de energia;
 - 414.001.02: tarifa de consumo;
 - 414.001.03: tarifa de energia e consumo;
 - 414.001.04: tarifa de consumo e consumo;
 - 414.001.05: tarifa de consumo e consumo e consumo.
www.celpe.com.br

DIURNA E FREQUENCIAS DAS INSCRIÇÕES				
COLUNA	VALOR (R\$/kWh)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BIG	0,00	8,43	10,76	21,73
FIC	0,00	3,30	6,60	13,20
DWC	0,00	3,11	6,00	0,00

União DCPN: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 81,03

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	LIMITE DE REFERÊNCIA (%)
220	-20,2	-23,1

AUTORIZADA PELA REFERÊNCIA REFERENCIAL



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Boa Vista, Recife - Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.332/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
FRANCISCO ROCHAENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI OLHO D'AGUA 5690

CPF: 330.443.174-87

BOM NOME - RÉGIAO RURAL/BOM NOME
SAO JOSE DO BELMONTE PE
56950-000CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIALCONTA CONTRATO: 7026660720 MÊS/ANO: 03/2019
DATA DE VENCIMENTO: 26/03/2019 CASA/PREDIO/FARMA LEITURA: 15/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 17,88

Nº DA NOTA FISCAL	SENTE	EMISSÃO
03445941	UNICA	18/03/2019
ANEXO/ACTUALIZAÇÃO 1801_019	Nº DO CLIENTE 001723671	Nº DA INSTALAÇÃO 5491736

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh) Corrida Ium. Pública Municipal	30,000000	0,56302725	16,88
			1,28

TOTAL DA FATURA:

17,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA-FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ARISTE	CONSUMO (kWh)
3171045322		14/03/2019	143,00	15/03/2019	143,00	30	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
MAR19	30		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DESPESA
FEV19	30		ICMS	16,58	0,10
JAN19	30		CIS	16,58	0,16
DEZ18	30		COFINS	16,58	0,02
NOV18	30				
OUT18	30				
SET18	30				
AGO18	30				
JUL18	30				
JUN18	30				
MAY18	30				
ABR18	30				
MAR18	30				

Padrão de cálculo de tributos:
- Custo de Distribuição, Artigo 94, Resolução ANEEL
41/2010

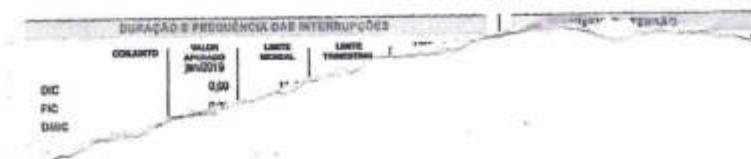
PERÍODO	TIPO DE CONSUMO	TARIFAS APLICADAS	VALOR (R\$)
03/03/2019	Consumo Ativo(kWh)	0,521880	17,88

CFF4 C739 6210 1FBE DE46 43F4 86D4 FD71

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento somente pelo meio de pagamento de sua preferência ou na agência mais próxima à sua residência ou local de trabalho. O cliente é responsável por pagar as faturas de energia elétrica em vigor e o valor total informado no site www.celpe.com.br. O cliente é responsável quando houver variação individualizada dentro do seu fornecimento. Pode, em alguns casos, haver multa (proibida) de 10% (dez por cento) da fatura que não puder ser paga dentro do prazo definido pelo ICMS conforme Art. 3º, XLVII, n.º 21, do ICMS-PE. O cliente é responsável quando houver descumprimento do uso definido para os meios de abastecimento de consumo.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 41/2010), tarifas, prazos, serviços e sistemas de cobrança e outras informações se encontram à disposição para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.



25 SET 2019



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Boa Vista, Recife - Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.332/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
FRANCISCO ROCHAENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI OLHO D'AGUA 5690

CPF: 330.443.174-87

BOM NOME - RÉGIAO RURAL/BOM NOME
SAO JOSE DO BELMONTE PE
56950-000CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIALCONTA CONTRATO
7026660720 03/2019

VAL

DATA DE VENCIMENTO CASA/PRAIA/FERIADA LEITURA
26/03/2019 15/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 17,88

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL		
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)
		VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,000000	0,56302725
Corrida Ium. Pública Municipal		1,28

TOTAL DA FATURA 17,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA-FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ARISTE	CONSUMO (kWh)
3171045322		14/03/2019	143,00	15/03/2019	143,00	30	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
MAR19	30		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DESPESA
FEV19	30		ICMS	16,58	0,10
JAN19	30		CIS	16,58	0,16
DEZ18	30		COFINS	16,58	0,02
NOV18	30				
OUT18	30				
SET18	30				
AGO18	30				
JUL18	30				
JUN18	30				
MAY18	30				
ABR18	30				
MAR18	30				

Faturado pelo critério de fatura
- Custo de Distribuição,
Artigo 94, Resolução ANEEL
41/2010

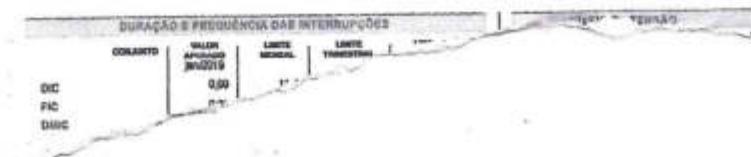
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo(kWh)			0,521880

CFF4 C739 6210 1FBE DE46 43F4 86D4 FD71

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento somente a partir da data constante das faturas e suas respectivas datas de vencimento (12 dias nome rotulado feriado e/ou feriado municipal), caso conste na fatura o valor de "10 dias da leitura e abertura em vigor é o Venc. Min. abatimento", é aprovado pelo decreto-lei nº 1.313/64, art. 1º, inciso II, que estabelece que o vencimento é o dia útil imediatamente anterior ao dia de vencimento, salvo se o dia de vencimento for dia de feriado, nesse caso o vencimento é o dia útil imediatamente anterior ao dia de feriado.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 41/2010), tarifas, prazos, serviços e sistemas de cobrança e outras informações e orientações à disposição para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br



25 SET 2019



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. Jóia de Barro, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50055-802
 CNPJ 08.335.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA DE LOURDES MELO LIMA.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTONIO TOME DE SOUZA, 573

CPF: 286.442.044-91

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

CLASSEFAÇÃO:

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA NOTA FISCAL	DATA	DATA LEITURA
07/01/2019	UNPA	13/08/2019
APRESENTAÇÃO:	Nº 02 COPIA	Nº DA INSTRUÇÃO:
13/08/2019	2000530115	3660341

DATA DE VENCIMENTO	MESANO
11/08/2019	08/2019
DATA INICIAL/PRÓXIMA LEITURA	
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
163,84	

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171.000000	0,77545172	132,89
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Corret. Ium. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CODE-MF 086393255-11/08/18			1,15
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

163,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA ESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
160794	CAT	11/07/2019	8.280,00	13/08/2019	8.421,00	33	1,00000		141,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Maio/2019		
AGO/19 171		
JUL/19 152	ICMS 139,57 25,00 34,54	Geração de Energia R\$ 45,26 34,8%
JUN/19 170	PIS 136,57 0,74 1,02	Transmissão R\$ 4,02 2,4%
MAR/19 209	COFINS 128,57 3,43 4,72	Distribuição (Carga) R\$ 35,23 25,0%
ABR/19 133		Pérdidas de Energia R\$ 8,21 5,5%
MAR/19 228		Enegergia Sazonal R\$ 5,76 4,2%
FEV/19 240		Tributos R\$ 40,79 28,1%
JAN/19 218		Total R\$ 138,87 100%
DEZ/18 232		
NOV/18 342		
OUT/18 245		
SET/18 182		
AGO/18 182		

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,77545172

RESERVADO AO FISCO
E4A3 94E9 2EC2 4BB7 186D 15AC E0BD 79EC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno ponto mais perto de você (unidade popular). Incêndio: pontos de alerta de 717 níveis para detecção. Imagem: todos informados. nos fornecendo pontos de alarme nas senhas da periferia completa em www.celpe.com.br. *Na data da leitura é considerada em vigor a versão mais recente da norma ICMS sobre subvenção CODE, conforme Decreto Federal 39.459/13. O cliente é responsável por pagar o ICMS (Art. 1º, § 1º, II, da Lei 10.438/02) e a utilização da energia é seu privilégio. O cliente é responsável quando há desvio de consumo de fato do consumo declarado no ato de abertura de conta (Art. 1º, § 1º, III, da Lei 10.438/02).

A concessionária não se responsabiliza por danos causados a terceiros, por uso indevido ou excessivo de serviços, ou por danos causados a terceiros por uso indevido ou excessivo de serviços. Consultar www.celpe.com.br.

CONSUMO	VALOR APENAS	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIO	0,00	5,43	10,86	21,73
FIG	0,00	3,39	6,80	13,20
DMIC	0,00	3,11	6,00	9,00

Límite DIO: 12,23 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição + R\$ 51,03

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

AUTORIZADO PARA USO INDUSTRIAL

25 SET 2019



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Jólio de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50055-002
CNPJ 10.335.932/0001-08 | Inscri. Est. 0005943-93 | www.caeps.com.br

CPF: 266.442.044-91
CLASSIFICAÇÃO:
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 1130133025 MÊS/ANO 08/2019
DATA DE VENCIMENTO 21/08/2019 DATA PREVISTA PAGAMENTO 11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 163,84

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Álcool(kWh)	171.000000	0,77565172	132,86
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ium. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-COES-NF 085393255-11/08/18.			1,15
Doença APAE - 08610 722 2723			15,00

TOTAL DA FAIXA 183.8

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MELHOR FUNDIÇÃO	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WATT)
160754	CAT	11/07/2018	8.300,00	13/06/2018	8.421,00	33	1,00000		171,00

DETALHAMENTO DE ESTIMADOS		INFORMAÇÕES DO TITULAR			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano	VALOR	BÁSEIS DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEPÓSITO	Geração de Energia	R\$	GR.
AGO'18	171				Transmissão	R\$ 4,82	3,48%
JUL'18	158	ICMS	130,57	25,00	Distribuição (Clepsa)	R\$ 38,73	21,09%
JUN'18	170	PIS	130,57	0,74	Fornecimento de Energia	R\$ 8,21	0,45%
MAR'19	209	COFINS	130,57	3,43	Energias Sazonais	R\$ 1,86	0,25%
ABR'19	131				Tributos	R\$ 40,79	23,15%
MAR'19	226				Total	R\$ 138,07	100%
FEV'19	240				TARIFAS APLICADAS		
JAN'19	218				Consumo Ativo (kWh)		
DEZ'18	202				0,48333333		
NOV'18	242						
OUT'18	245						
SET'18	182				RESERVADO AO FISCO		
AGO'18	182						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Aprendizaje general
Funcionamiento: Pensamiento analítico,
eficaz, lógico, racional, productivo.
Resolución de problemas, análisis y
comprobación sistemática de la
información y la actividad.

DURACAO E FREQUENCIA DAS INVESTIGAÇÕES					
CONJUNTO	VALOR MÉDIO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	
DIG	0,00	9,43	10,88	21,73	
FIC	0,00	3,30	8,88	13,20	
DINC	0,00	3,11	8,88	9,00	

Linha DIFR = 12,23 ELEFD = Valor do Encargos de Luta do Sistema de Contabilidade = R\$ 91,00

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	204	231

PROBLEMS AND QUESTIONS



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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 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 N° 116.461684-61,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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 TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>87-9.9998-5477</u>

Local e Data:

SERRA FALHADA - PE 28/08/2019

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 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 N° 116.461684-61,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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 TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>87-9.9998-5477</u>

Local e Data:

SERRA FALHADA - PE 28/08/2019

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

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 NOCHA Inscrito (a) no CPF sob o N° 116.461684-61

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

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 TÔMÉ 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>

Local e Data:

SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

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 NOCHA Inscrito (a) no CPF sob o N° 116.461684-61

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

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 TÔMÉ 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>

Local e Data:

SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

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 9099 336, data de expedição 02/05/02,

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 115.840.089-58,

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: 9G2KC1680ER020849

Data do Acidente: 11/10/2019

Local e Data: SAO JOSE 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

Edivirgens Gomes de Marins Pereira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA

Telefone: (87) 38841-006

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, São José do Belmonte/PE. Deu Fé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira, Tabelião. Emol: R\$ 6,78, TSNR: R\$ 1,60, FERC: R\$ 0,08, FUNSEG: R\$ 0,16, FERC: R\$ 0,80, ISS: R\$ 0,40. Total: R\$ 9,22. Selo: 0076298.DHJ06201901.00661 22/07/2019 10:58:15. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

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 9099 336, data de expedição 02/05/02,

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 115.840.089-58,

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: 9G2KC1680ER020849

Data do Acidente: 11/10/2019

Local e Data: SAO JOSE 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

Edivirgens Gomes de Marins Pereira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA

Telefone: (87) 38841-006

Reconheço por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, São José do Belmonte/PE. Deu Fé. Edivirgens Gomes de Marins Pereira, Tabelião. Emol: R\$ 6,78, TSNR: R\$ 1,60, FERC: R\$ 0,08, FUNSEG: R\$ 0,16, FERC: R\$ 0,80, ISS: R\$ 0,40. Total: R\$ 9,22. Selo: 0076298.DHJ06201901.00661 22/07/2019 10:58:15. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

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 9099 336, data de expedição 02/05/02

Órgão SDS - PE, 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 5.215,

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

menionado 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: 9GJKE16P0ER020849

Data do Acidente: 11/10/2019

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

Edivirgens Gomes de Marins Pereira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA

Telefone: (87) 38841-006

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, TSRR: R\$ 1,60, FERM: R\$ 0,08, FUNSEG: R\$ 0,16, PERC: R\$ 0,80, ISS: R\$ 0,40. Total: R\$ 8,84.
Selos: 0076398, DMJ06201901.00661 22/07/2019 10:58:15
Confirmação de assinatura digitalizada
O documento foi assinado digitalmente e é válido como assinatura presencial. Pode ser consultado no site www.tjpe.jus.br/seledigital.

25 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 9099 336, data de expedição 02/05/02

Órgão SDS - PE, 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 5.215,

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

menionado 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: 9GJKE16P0ER020849

Data do Acidente: 11/10/2019

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

Edivirgens Gomes de Marins Pereira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE

titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA

Telefone: (87) 38841-006

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, TSRR: R\$ 1,60, FERM: R\$ 0,08, FUNSEG: R\$ 0,16, PERC: R\$ 0,80, ISS: R\$ 0,40. Total: R\$ 8,84.
Selos: 0076398, DMJ06201901.00661 22/07/2019 10:58:15
Confirmação de autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

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:

[Large empty box for Pré-Consulta notes]

História da Doença Atual:

Anoite noturno.

Hipótese Diagnóstica:

Tonad de tonas.

Conduta Terapêutica:

① Actr jw, FA, eu 11/00
② Tonad 1FA + 100% SF, 91, eu. leb 11/00

?

Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Dr. Cipriano Mariano C. Neto

Médico

CRM/PE: 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

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

126964915010

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

468468746551462

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Eugenio Silvio Araújo Necha

10 - DATA DE NASCIMENTO

16/03/1985

11 - SEXO

Masc. Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Edilene Araújo Buzina Necha

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

Sítio Funeray

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sítio Funeray

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tlws m oysa ①
Lunetas fit

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

h

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① Perito m clm - ①

22 - CID. 10 PRINCIPAL

542.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

① clmico chm ①

27 - N.º DO PROCEDIMENTO

0408.010150

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

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

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

12/04/19

05 SET 2019

GREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - () CNS DA SEGURO-DORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CRONOGRAMA DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51-NF DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261910747743-7

MOTIVO DA ALTA: Melhoramento

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Electivo

DATA DA INTERNAÇÃO: 11/04/19

DATA DA ALTA: 13/04/19

16/04/19

José Ebenone Vieira M. Santos
Médico Autorizado
CRM: 15.122
Fone: 9.9916-0112
CPF: 425.340.849-00

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:

Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	

Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:
-----------------------	------------------------

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA no ORBITE D,

BRITIGO FUNCIONAL

ESTIGMA DE TRAUMA

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA

S.A.D.T

Diagnóstico Final

O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [<input checked="" type="checkbox"/>]	Decisão Médica [<input checked="" type="checkbox"/>]
Inalterado [<input type="checkbox"/>]	Alta a Pedido [<input type="checkbox"/>]
Plorado [<input type="checkbox"/>]	Transferência [<input type="checkbox"/>]
Óbito+48h [<input type="checkbox"/>]	Evasão [<input type="checkbox"/>]
Óbito-48h [<input type="checkbox"/>]	Indisciplina [<input type="checkbox"/>]

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: 19/04/19

Óbito em ____ / ____ / ____ Hora: _____

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

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

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CORTANTE



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:

[Large empty box for Pré-Consulta notes]

História da Doença Atual:

Anoite noturno.

Hipótese Diagnóstica:

Tonad de tonas.

Conduta Terapêutica:

① Acto jw, FA, eu 11/00
② Tonad 1FA + 100% SF, 9%, eu. leb 11/00

?

Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Dr. Cipriano Mariano C. Neto

Médico

CRM/PE: 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

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

126964915010

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

468468746551462

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Eugenio Silvio Araújo Necha

10 - DATA DE NASCIMENTO

16/03/1985

11 - SEXO

Masc. Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Edilene Araújo Buzina Necha

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

Sítio Funeray

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São José dos Belenzinhos

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tlws m oysa ①
Lunetas fit

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

h

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① Perito m clm - ①

22 - CID. 10 PRINCIPAL

542.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

① clmico chm ①

27 - N.º DO PROCEDIMENTO

0408.010150

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - ASSINATURA 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 VIOLENCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - () CNS

() CPF

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

39 - CNPJ DA SEGURO-DORA

41 - N.º DO BILHETE

42 - SÉRIE

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - CRONOGRAMA DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51-NF DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261910747743-7

MOTIVO DA ALTA: Melhoramento

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Electivo

DATA DA INTERNAÇÃO: 12/04/19

DATA DA ALTA: 13/04/19

José Ebenone Vieira Menezes
Médico Autorizado
CRM: 15.122
Fone: 9.9916-0112
CPF: 425.341.843-00

16/04/19

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:

Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	

Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:
-----------------------	------------------------

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA no ORBITE D,

LHITIZO FUNCIONAL

ESTIGMA DE TRAUMA

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA

S.A.D.T

Diagnóstico Final

O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [<input checked="" type="checkbox"/>]	Decisão Médica [<input checked="" type="checkbox"/>]
Inalterado [<input type="checkbox"/>]	Alta a Pedido [<input type="checkbox"/>]
Plorado [<input type="checkbox"/>]	Transferência [<input type="checkbox"/>]
Óbito+48h [<input type="checkbox"/>]	Evasão [<input type="checkbox"/>]
Óbito-48h [<input type="checkbox"/>]	Indisciplina [<input type="checkbox"/>]

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: 19/04/19

Óbito em ____ / ____ / ____ Hora: _____

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

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

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CORTANTE



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:

[Large empty box for Pre-Consultation notes]

História da Doença Atual:

Anoite noturno.

[Large empty box for Current Disease History notes]

Hipótese Diagnóstica:

Transtorno de sono.

Conduta Terapêutica:

*① Letor jws, FA, sry 11/10
② Transt. IFT + 100f SFO, 9%. Eu. Let 11/10*

[Large empty box for Therapeutic Conduct notes]

Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Dr. Cipriano Mariano C. Neto

Médico

CRM-PE: 27092

Médico

Maria da Conceição Alves Cavalcante

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

11696495010

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4684687465514612

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Egerton Alvaro Araújo Necha

10 - DATA DE NASCIMENTO

16/03/1985

11 - SEXO

Masculino Fem. □

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Eduarda Araújo Braga Necha

DOO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUAS N° BAIRRO)

Sítio Funerário

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17-UF

16 - CEP

São José dos Belmoinhos

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tlmos m oys n
 Lutras fit

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

h

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

① Perten m chm - ①

22 - CID. 10 PRINCIPAL

542.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tl clavus chm 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
Fone: 9.9916-0112

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

12/04/19

25 SET 2019

GREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

39 - () AUTÔNOMO

40 - () DESEMPREGADO

41 - () APOSENTADO

42 - () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - CODIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

44 - COD. CRONO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16/04/19

Jorge Alvaro Vieira Santos

Médico Autorizado
CRM: 15.122
CPF: 435.340-873-33

51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR - (AIH)

261910747743-7

MOTIVO DA ALTA: Melhoramento

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Electivo

DATA DA INTERNAÇÃO: 12/04/19

DATA DA ALTA: 13/04/19



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Venâncio de Souza, 124 - Centro - PB - 58010-000
 Fone/Fax: (83) 3211-2142 - Cel: 98111-3110
 CEP: 58010-000 - DDD: 83 - Sufixa: 12345678901234567890

CLÍNICA

CIRURGICA

Data do Atendimento:	17/04/2019	Prontuario:	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:				
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:

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

Suicídio []	Casual []	Outros []
--------------	------------	------------

Nome do Acompanhante:	Telefone para Contato:
-----------------------	------------------------

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NO BRASO D.
 LHEITRO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA

S.A.D.T

Diagnóstico Final

O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [<input checked="" type="checkbox"/>]	Decisão Médica [<input checked="" type="checkbox"/>]
Inalterado [<input type="checkbox"/>]	Alta a Pedido [<input type="checkbox"/>]
Piorado [<input type="checkbox"/>]	Transferência [<input type="checkbox"/>]
Óbito+48h [<input type="checkbox"/>]	Evasão [<input type="checkbox"/>]
Óbito-48h [<input type="checkbox"/>]	Indisciplina [<input type="checkbox"/>]

Data do Internamento: 17/04/2019

Data da Alta: 19/04/19

Óbito em _____ Hora: _____

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Defa:	Inicio:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

DESCRICAÇÃO 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 27.510

MÉDICA

25 SET 2019



05 SET 2019



05 SET 2019



05 SET 2019