

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA,

RG nº 56318322-6, data de expedição 1/1/,

Órgão: SSP-SP, portador do CPF nº 041.506.141-56, com domicílio na cidade de Santa Cruz B. Verde, no Estado de

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

Rua José Expedito de Lima, nº 34,

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 WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA, cujo o condutor era

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / POP 100

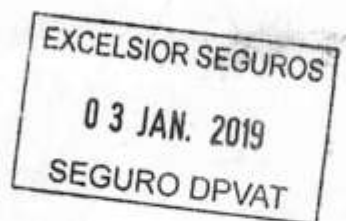
Ano: 2014 MOD 2015

Placa: PCF. 2811

Chassi: 9C2HB0210ER402329

Data do Acidente: 31/08/2018

Local e Data: FLORES - 19/12/2018



Maria do Socorro Gomes de Lima

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



CARTORIO
SCBV

Walber Joseph Pereira Gomes da Silva

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

(Sem reconhecimento de firma)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 31/08/18 19:20		Nº. Ocorrência
Nome: WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA		Data Nascimento: 06/09/1994
Profissão: POLICIAL	Sexo:	Doc. Ident.:
End.: R. MARIA XAVIER BEZERRA, 60.		24 4
Responsável:		
End/Fone: 99641-6903		

Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐ Consulta ☐

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Pte sobre o qual se notou
e ferimento na fnt e escoriações
no membro (E)

Tratamento:

① Volante (F) em
② ambo waz

19/40

Seu 5503033.

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Handwritten signature and stamp

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente
Removido para Hospital Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:



TRIUNFO
PREFEITURA MUNICIPAL
Mantendo a vida de gente

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem: UMFW

Paciente WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA JUN

Registro

Dados Clínicos PR- SEME CORTES DE MORTALIDADE E
PRESENÇA DE MIE COM ATRAS DE 12-10
E TUBER

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica PR- CORTES (tr) 2M

Conduta Adotada 20115 5503033

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Justificativa do Encaminhamento USUÁRIO POR ORIENTAÇÃO

Encaminhado para UDSPAM

Data 31/01/19

Nome

Julia Rangel Nogueira
CRO-PE 14250
CPF: 000.412.514-05

CRM

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: ☐ Na Unidade de Origem
☐ Na Unidade de Referência
☐ Outro Serviço

Nome

CRM

Data

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 137

Data: 33/08/18	Hora: 20:57
Nome: Walber Joseph Pereira Gomes da Silva	Profissão: Policial Militar
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 06/09/94	Sexo: masc
Escolaridade: 2º grau	Responsável: a genitora
Mãe: Maria Elvete Pereira da Silva	
Endereço: Rua Maria Xavier n.º 60	Fone: 9634 9536
Bairro: São Cristóvão	Município: Trunfo
Cartão SUS:	RG(CPF): 30320529452
Raça/Cor:	Indígena
<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Tran em fr E L + 0 IL
Ferimento em braço com amputação de
2º, 3º PDE. Comor. Luta

Tratamento:

Rx do PE E AP, alb
Bloqueio traqueal de local + Doribrom
Ligam com SF 0,9% + Riquelme 2% de
Coto de amputação de 2º, 3º PDE + sutura +
curativo.
A. analgético + antiemético + mel + Rq

Hipótese Diagnóstica:

Amputação Traumat. de
2º, 3º PDE

Carimbo e Assinatura:

Dr. Émerson de Carvalho
Traumatologia
CRM 15020

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
<i>Cephalexin 2g + ADOL 1g EV</i>		
<i>Dr. Énio K. de Carvalho</i> Traumatologia Ortopedia CRM 15528		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

AC. Mota
HOSPAM - VTM
Serra Talhada-PE
Jus.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA DE CREDENCIAMENTO NACIONAL
CONSELHO NACIONAL DE FARMACIA

NOME
WALBER JOSEPH FERREIRA GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8537033 SDS PE

CPF
103.205.294-52

DATA NASCIMENTO
06/09/1994

FILIAÇÃO
MARCOS ANTONIO GOMES D A SILVA
MARIA ELIZABETH FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
RECONHECIDA

ACC
RECONHECIDA

CAT. HAB
22

Nº REGISTRO
06706420503

VALIDADE
14/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
21/09/2016

OBSERVAÇÕES

Walber Joseph P. G. da Silva

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
09/10/2017

Chelvez Anderson Sousa Ribeiro
Assessor Presidência

71312934416
PE081701368

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485592910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485592910

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTÃO NACIONAL DE HABITUAÇÃO		NOME ANTONIO FERRIRA FILHO		DOC. IDENTIDADE (CPF, RACIONAL / UF) 3999873 SSP PE		DATA NACIMENTO 19/02/1965		PLAÇO NÃO DECLARADO		MARCA DO SOCORRO MVLV		PERMISSÃO NÃO		DATA VÁLIDA 21/07/2005	
1103416252 VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS				CPF 6164319979		VALOR 3,8706/2020		HABITUAÇÃO 21/07/2005							
PROIBIDA PLASTIFICAR		1103416252		LOCAL SERRA TALMADA - PE		DATA EMISSÃO 19/06/2015		ASSINATURA DO SEGURADO 		ASSINATURA DO SEGURADOR 		31224518605 28067205437		DETTRAN-PE (PEERNAMBUCO)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013814912887
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1033708086 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2018

MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

3 C BAIXA VERDE-PE

041.506.141-5 PLACA PCF2811

PLACA ANT./UF ***** CHASSI 9C2HBC210FR402329

ESPECIE PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP100 ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 2P/97CL GATEORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO ENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

30/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

3 C BAIXA VERDE-PE 30/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Charles Andrews Sousa Ribeiro

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

PE Nº 013814912887 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

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

www.seguradon lider.com.br
SAC DPVAT 080 022 1204

3 C BAIXA VERDE-PE 2018 DATA EMISSÃO 30/01/18

VIA 1 CPF/CNPJ 041.506.141-5 PLACA PCF2811

RENAVAM 1033708086 MARCA/MODELO HONDA/POP100

ANO FAB 2014 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 9C2HBC210FR402329

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAI (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
FIM NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

DESTINATARIO: CIA. EXCELSIOR DE SEGUROS
CALLE: AVENIDA MARQUES DE OLINDA Nº 175 RECIFE - PE
CEP: 50.030-000

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Correios **REGISTRADO URGENTE** / \$5 PESO (kg)
registered priority

Recibido: ☒ AR ☐ MP

Assinatura: _____ Doc. _____

JT 88101987 1 BR



EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

27 DEZ 2018
DR - PE

REMETENTE = ANTONIO P. FILHO
END: TV. MANOEL SANTANA Nº 56
CIDADE = FLORES-PE, CEP. 56.850-000

LACELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1103983165

NOME
 MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

DCC, IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR / TUF
 563183326 SSP SP

CPF
 061.506.141-56

DATA NASCIMENTO
 31/05/1993

FUNÇÃO
 ELIAS RUFINO DE LIMA

FRANCISCA GOMES DE LIMA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT HAB
 25

REGISTRO
 06122877787

VALIDADE
 28/03/2019

RENOVAÇÃO
 17/07/2014

OBSERVAÇÕES
 sem observações

Maria do Socorro Gomes de Lima

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 29/07/2015

ASSINATURA DO DETRAN

14958111044
 78067913202

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROBADO PLASTIFICADO
 1103983165

EXCELSIOR SEGUROS
 03 JAN. 2019
 SEGURO DPVAT



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SIA LUZIA 279

CPF: 041.506.141-58

CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE
56895-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7019963009	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LITURA
26/11/2018	19/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	26,34

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
0394B1904	UNICA	19/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/11/2018	2014091293	5494007

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,73645862	22,09
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,98
ICMS Subvenção-CDE-NF 031971024-17/09/18			0,19
			26,34

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
3011150915	CAT	18-10-2018	19.592,00	19-11-2018	19.592,00	32	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
NOV 18 30		ICMS	23,17	25,00 5,79
OUT 18 30		PIS	23,17	0,74 0,17
SET 18 30		COFINS	23,17	3,44 0,79
AGO 18 30				
Jul 18 30				
JUN 18 30				
Mai 18 30				
ABR 18 30				
MAR 18 30				
FEV 18 30				
JAN 18 30				
DEZ 17 30				
NOV 17 30				
		TARIFAS APLICADAS		
		Consumo Ativo(kWh)		
		RESERVAÇÃO FISCAL		
		B632 D276 5EFA 34E2 A733 44B9 0EE1 47B7		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ou com o cartão de crédito em uma loja parceira. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (Pena 14/ANEEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. Mais O Cliente é responsável quando não cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR APLICADO 06/2018	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DISC	0,00	5,43	10,86	21,73	220	202	231
FGC	0,00	3,36	6,72	13,45			
DNIC	0,00	3,51	0,00	0,00			

Linha DCR: 12.22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 0,25

Atividade por sistema de distribuição - R\$ 0,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PODODÁCTILOS: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA + REGULARIZAÇÃO DO COTO;
DEMAIS CONSERVADOR).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PODODÁCTILOS: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA + REGULARIZAÇÃO DO COTO;
DEMAIS CONSERVADOR).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação funcional do pé esquerdo decorrente da ausência anatômica do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 10/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé esquerdo.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011905 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação funcional do pé esquerdo decorrente da ausência anatômica do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da amputação do segundo e terceiro dedos do pé esquerdo.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 10/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé esquerdo.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190011905

Nome do(a) Examinado(a): WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): MARIA XAVIER, 60 - TRIUNFO/PE - CEP
56870-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8537033 - sds-pe

Data e Local do Acidente : 31/08/2018

Data e Local do Exame : 11/01/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

AMPUTAÇÃO DE 2-3 DEDOS DO PÉ ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRURGICO

PERDA DE DEDOS

ALTA EM OUTUBRO 2018

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

PERDA FUNCIONAL DE 2-3 DEDOS DO PÉ ESQUERDO

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

ALTERAÇÃO DISCRETA DA MARCHA

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

PÉ

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

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011905

Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

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, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190011905 **Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: 31/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00211/00212 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13790417

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011905

Vítima: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 000000033181-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

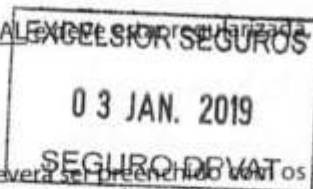
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

103.205.294-52

Nome completo da vítima

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA		CPF titular da conta 103.205.294-52	Profissão RECUSO
Endereço RUA: MARIA XAVIER BEZERRA		Número 60	Complemento CASA
Bairro SÃO CRISTOVÃO	Cidade TRIUNFO	Estado PE	CEP 56.870-000
Email TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 81.9935-5533

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

BRADESCO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0586

0

0033181

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

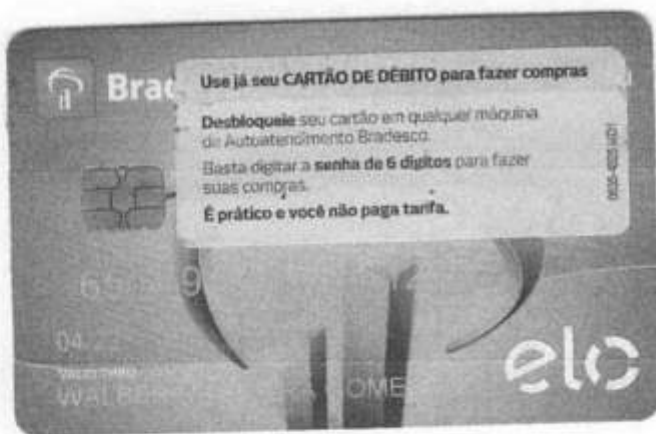
FLORES - PE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Walber Joseph Pereira Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Use já seu CARTÃO DE DÉBITO para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autatendimento Bradesco.

Basta digitar a senha de 6 dígitos para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.

0005 902 1401

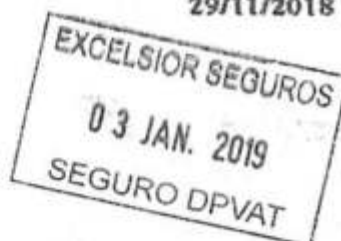
ASL-0002493/19

29/11/2018 11:24

2 of 2



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA
BAIXA VERDE - DP183ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0273000449**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2018 às 12:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 31/8/2018 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 1, PE- 366 (SÍTIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS) - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: XÁCARA TUPANZINHO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA (OUTRO)
WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**

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

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ELIZABETE PEREIRA DA SILVA Pai: MARCOS ANTÔNIO GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 6/9/1994 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 00023/PN/PE (RG), 10320629462 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Telefones Celulares: - 87996416903

Endereço Residencial: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 60, RUA MARIA XAVIER BEZERRA - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO BANCO DO BRASIL

MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

HONDA POP 100, VERMELHA, PLACA PCF-2811 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCF2811** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Chassi: **8C2HB0210FR402320**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAN Nº 1033703020**

Complemento / Observação

AS 11:30 HS DESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A VÍTIMA CITADA, COMUNICANDO-NOS QUE NO DIA 31/08/18, QUANDO TRAFEGAVA NA PE-365 (SENTIDO TRIUNFO-PE), NA ALTURA DO SÍTIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS, PERDERA O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, A QUAL ERA PILOTADA PELA MESMA, E TOMBOU NA RODOVIA, FICANDO COM ESCORIAÇÕES. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA A UNIDADE MISTA FELINTO WANDERLEY. ANTE O EXPOSTO, ADOTEM-SE AS MEDIDAS LEGAIS CABÍVEIS.

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

X Walber Joseph P. G. da Silva

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ROSEMBERG OLIVEIRA DINIZ - MAT. 209.122-4** - Matrícula: **2091224**

R.O. 209.122-4

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA</u>	CPF da Vítima <u>103.205.294-52</u>	Data do Acidente <u>31/08/2018</u>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

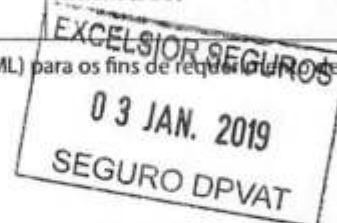
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



FLORES-PE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Walter Joseph Pereira Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 31/08/18 19:20		Nº. Ocorrência
Nome: WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA		
Profissão: POLICIAL	Sexo:	Data Nascimento: 06/09/1994
End.: R. MARIA XAVIER BEZERRA, 60.	Doc. Ident.: 24 4	
Responsável:		
End/Fone: 99647-6903		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Pte sofreu queda de motocicleta
e ferimentos na cabeça e membros
no membro (E)

Tratamento:

① Volante (tr) em 19:40
② Anestesia local

5503033.

Handwritten signature and stamp:
Rafaela Rangel Nogueira
Médico - CRM: 14256
CPF: 088.112.20-40

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Removido para Hospital ☐ Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000033181-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1701201905000000000023700586000000033181506250 PAGO



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA PREF JOSE RODRIGUES - NÚM - 00100 - CENTRO
TRIUNFO PE 56870-000

DADOS DO CLIENTE
MARIA ELIZABETE PEREIRA DA SILVA MATRÍCULA: 26263891 Abr/2018
R MARIA XAVIER BEZERRA, N. 00017 - - SÃO CRISTOVAO TRIUNFO PE
56870-000
INSCRIÇÃO: 157.810.087.0000.090 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 026263891

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A13U173923	DATA LEIT. ANTERIOR 07/04/2018	DATA LEIT. ATUAL 08/05/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

ÁGUA:
LEIT ANT: 316 CONSUMO: 7
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA H
LEIT FAT: 326

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG. FORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS	
03/2018 05				
02/2018 07				
01/2018 08				
12/2017 08				
11/2017 04				
10/2017 08				
MÉDIA: 07				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7,43	40,18
JURO% DE HORA 12/2017		0,80

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	40,18	1,65	0,66
CORRIG	40,18	7,60	3,05

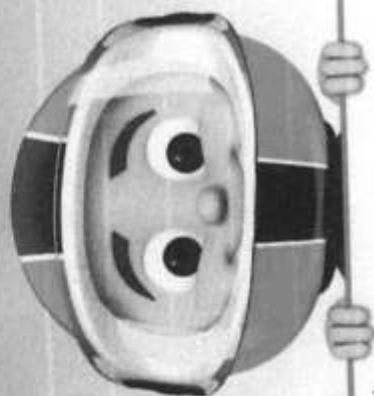
VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 40,98

MENSAGEM:

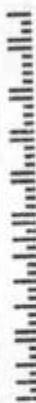
LACELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

HONDA
Consórcio



FAC

MOT/00003696 SERTAMOL



CTC RECIFE PE GPO - AMARRADOS
ANTONIO PEREIRA FILHO
TV MANOEL SANTANA, 00056 CASA
CENTRO
56850-000 FLORES - PE

41800/208-16
Movto - 138
ANTONIO PEREIRA FILHO
00003696

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT



7213343637157180000000352230285518

Data de Postagem: 28/05/2018

0003522

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.205.294 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.205.294 / 52, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

HABILITAÇÃO

☒ 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>TV. MANOEL SANTANA</u>		Número <u>56</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>FLORES</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.850-000</u>
Email <u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>84-9935-5533</u>

FLORES-PE 19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Antonio P. L.
Assinatura do Declarante