

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA,
RG nº 56318322-6, data de expedição / /,
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

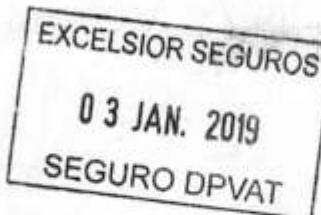
Ano: 2014 MOD 2015

Placa: PCF 2811

Chassi: 9C2H80210FR402329

Data do Acidente: 31/10/2018

Local e Data: FLORES - 19/12/2018



Maria do Socorro Gomes de Lima

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



Walber Joseph Pereira Gomes da Silva

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

(Sem reconhecimento de firma)

SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE / PE
Titular: DIEGO BORBA DE LEMOS E SILVA
Telefone: (87) 3846-8090

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA que confere c/ o padrão reg. neste serv. Ocu fe. 26 de novembro de 2018Em testes da verdade. Carlos Eduardo G. de Souza (asscrevente) Emol.:R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80

Selo: 0160192.WT011201801.00113 26/11/2018 15:46:46 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital





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

Data e Hora: <u>31/08/18 19:20</u>	Nº. Ocorrência
Nome: <u>WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA</u>	Data Nascimento: <u>06/09/1991</u>
Profissão: <u>POLICIAIS.</u>	Sexo:
End.: <u>R. MARIA XAVIER BEZERRA, 60.</u>	Doc. Ident.: <u>244</u>
Responsável:	
End/Fone: <u>(99) 641-6903</u>	

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

Pressão Arterial: _____ | Pulso: _____ | Temperatura: _____

Histórico e Exame Físico:

• Pte some areas are not under
• permanent control & occupied
no more (3)

Tratamento:

① Volnsten (fr) 3m
② ansuo war 1989 ng:40

SEGURO DPVAT

03 JAN. 2019

EXCELSIOR SEGUROS

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência Internado Transferido

Médico - Carimbo e CRM:



Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem: UMFW

Paciente WALTER JOSEPH P. GOMES DA SILVA 26

Registro

Dados Clínicos Pla sôfme dente do moladeira f
mesma qd se e com dor de dente
G Dentes

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica RD Crimina (+) IM

Conduta Adotada DENTES SS03033

Justificativa do Encaminhamento SUSUM por crmida

Encaminhado para UDSPM

Data 31/01/14

Nome Dr. Rangel Vieira

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	Horas:	20:57		
Nome:	Walter Joseph Pereira Gomes da Silva	Profissão:	Policia Militar		
Nome Social:		Estado Civil:	Solteiro		
Nascimento:	06/09/94	Sexo:	MASC		
Escolaridade:	2º grau	Responsável:	A Genitora		
Mãe:	Maria Eleonete Pereira da Silva				
Endereço:	Rua Maria Xavier n.º 60	Município:	Triunfo		
Bairro:	São Cristóvão	Fone:	96349336		
Cartão SUS:		RG/CPF:	30320529452		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL

Situação/Queixa:

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

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Tran. m. f' E d- + oik.
Frimoto m. m. com angustia d
2-13 PDE. Comor. ltr

Tratamento:

Rx de PR E AP. oltr
Bloqueio troncal d. lsd + Drotaverine
Inj. d. cor SF 0,9% + Regulizg d
cot. d. angustia d 2-13 PDE + anti-
antr. + salbut + cintura + mel + Rx

Hipótese Diagnóstica:

Angustia Transt. d
2-13 PDE

Carimbo e Assinatura:

Dr. Enio K. de Carvalho
Traumatologista Ortopedista
CRM 15523

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	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"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | _____ |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ | _____ |

PREScrição MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
cepofam 2g + Dolo 500 mg		
Dr. Érico K. de Carvalho		
Traumato-Ortopedista		
CRM 16026		

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

AC. Moto
HOSPAM - VTA
Serra Talhada-PE
JMG.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013814912887
VIA COD. RENAVAM PNTRC EXERCÍCIO
1 1033708086 ***** 2018

MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA
3 C BAIXA VERDE - PE

041.506.141-51 PLACA PCF2811

PLACARANT/UE CHASSI
***** 210FR402329

SPECIE/PO
PAS MOTOCICLETA
MARC/A/MODELO
HONDA/POP100

CAP/POT/CIL 2P/97CL CATEGORIA
ARTIC COR/PREDOMINANTE
VERMELHA

I COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC/COTAS
PV FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 1* *****
A 1 ***** 2* *****
***** 3* *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO POR OBRIGATÓRIO

DESENVOLVIMENTO DE PÓRTA OBRIGATÓRIO
PARA A TRANSFERÊNCIA

SEM RESERVA LOCAL DATA
3 C BAIXA VERDE - PE 30/01/18
Charles Andrade Sousa Ribeiro
Dir. Exec. Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESARAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

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

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

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

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

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 041.506.141-51 PCF2811

RENAVAM MARCA / MODELO
1033708086 HONDA/POP100

ANO FAB CAT. TARI. Nº CHASSI
2014 09 9C2HB210FR402329

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO

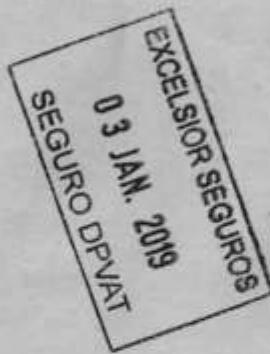
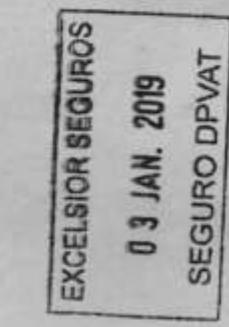
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

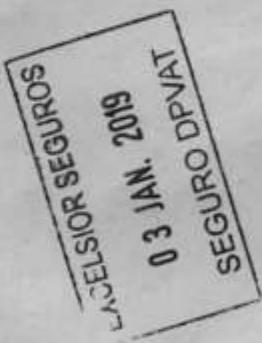
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ESTE NÃO É UM PÓRTA-OBRIGATÓRIO.

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURADO DPVAT

ESTINATARIO = CIA - EXCELSIOR DE SEGUROS
= AVENIDA MARQUES DE OLINDA N° 175 RECIFE - PE
= P: 50.030-000



REMETENTE = ANTONIO P. FELHO
END: TV. MANOEL SANTANA N° 56
CÓDIGO = FLORES-PF. CEP: 56.850.000



(ETIQUETA OU CARIMBO MF)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTERO DAS CIÉADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL		NOME MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA	
		DOC. IDENTIDADE/FORO/EMBRIÃO/TUF 3631813226 SSP-PE	DATA NASCIMENTO 041.506.141-56 31/05/1992
		CPF 041.506.141-56	PRAZÃO - ELIAS RUFINO DE LIMA
		PRAZÃO - FRANCISCA GOMES DE LIMA	PERMISSÃO — ACC — CAT. NAE AB
		Nº REGISTRO 36122677787	VALIDADE 28/03/2013
		PRIMARIAÇÃO 17/07/2014	
OBSERVAÇÕES Nenhuma observação.			
LOCAL SERRA TALHADA - PE		ASSINATURA DO EXPEDIDOR 	
		DATA EMISSÃO 28/07/2015	
		ASSINATURA DO EXAMINADOR 	
		Nº 04558111046 F 80679313202	
DETAN - PE (PERNAMBUCO)			

PRODUTO PLASTIFICADO
1103983165





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, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
MARIA DO SOCORRO GOMES DE LIMA

CPF: 041 506.141-56

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA LUZIA 279CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE
56895-000CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
039481804	UNICA	19/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/11/2018	2014091293	5494007

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7019963009	11/2018
26/11/2018	19/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	26,34

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.0000000	0,73845882	22,08
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,84
Contrib. Ium. Pública Municipal			2,98
ICMS Subvenção-CDE-NF 031971024-17/09/18			0,18

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE
3011150912			18-10-2018	19.592,00	19.592,00	32	1,000000

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
MÍLHAIS kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	
NOV18	30	ICMS	23,17	25,00	5,79
OUT18	30	PIS	23,17	0,74	0,17
SET18	30	COFINS	23,17	3,44	0,79
AGO18	30				
JUL18	30				
JUN18	30				
MAI18	30				
ABR18	30				
MAR18	30				
FEV18	30				
JAN18	30				
DEZ17	30				
NOV17	30				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno aviso para o cliente que consumo Santa Cruz da Baixa Verde é cobrado dentro de Santa Cruz da Baixa Verde e não é cobrado no bairro de Amarela. Mais informações em: www.anatel.gov.br. O cliente é responsável quando houver violação na contribuição individual ou do nível de fornecimento de fornecimento. Pago em atraso gera multa 2% (dois por cento) diária, juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. Não é o cliente que é responsável quando há descomprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições para o fornecimento (Preços, ICMS, ANTEL, 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e bairros se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento no site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR APURADO 06/2018	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
DSC	0,00	6,43	10,06	21,73	220	202	231
FIC	0,00	3,36	6,72	13,45			
DMC	0,00	3,11	0,00	0,00			

Limite D10R: 12,22

EURD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DA SILVA

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 **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DA SILVA

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 **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DA SILVA

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 PE'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 ás 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

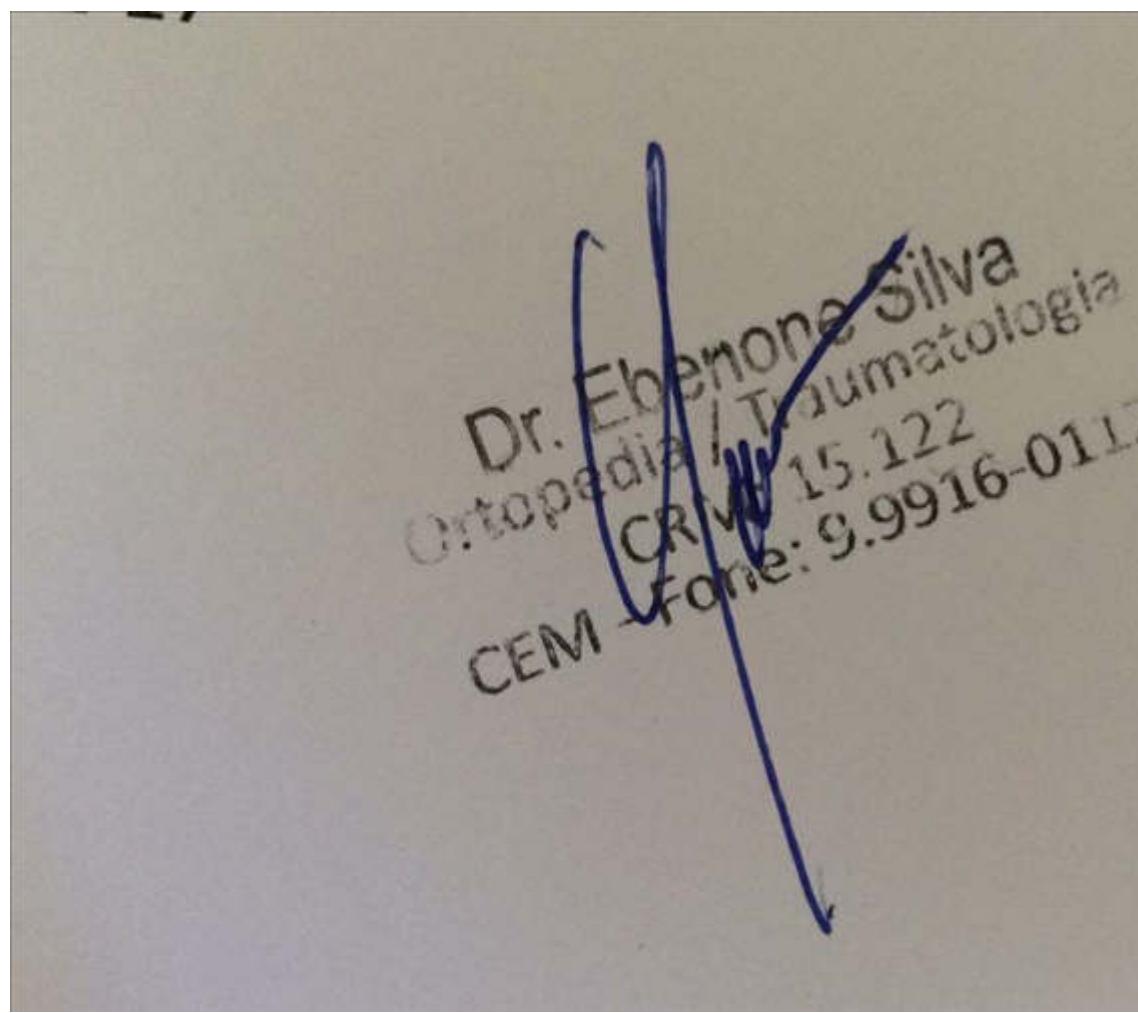
Região Corporal

-
- % 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.



EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

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, 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



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, 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, 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



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. EXCEÇÃO: se a conta for de terceira pessoa, deve ser de titularidade do BENEFICIÁRIO.

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

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

103.205.274-52

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 103.205.274-52	Profissão RECUSO
Endereço RUA: MARIA XAVIER BEZERRA	Número 60	Complemento CASA
Bairro SAO CRISTOVÃO	Cidade TRIUNFO	Estado PE
Email TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM	CEP 56.870.000	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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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. [Redacted]	D/V [Redacted]	CONTA NRO. [Redacted]	D/V [Redacted]
-------------------------------	-------------------	-----------------------------	-------------------

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BRADESCO	NRO. [Redacted]		
AGÊNCIA NRO. 0586	D/V 0	CONTA NRO. 0033181	D/V 3

(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.

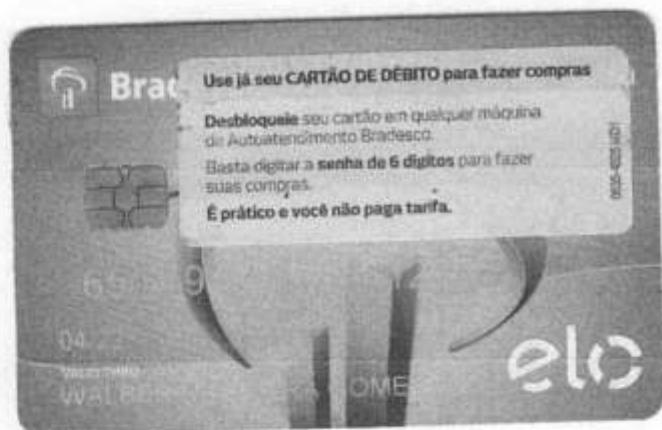
FLORES - PE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Walter Joseph Pereira Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

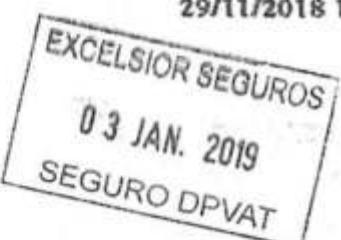
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ASL - 0002493 / 19

2 of 2

29/11/2018 11:24



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE - DP183ºCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0273000449

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 1, PE- 386 (SITIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS)** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponte 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/Ms: **MARIA ELIZABETE PEREIRA DA SILVA** Pat: **MARCOS ANTÔNIO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **6/9/1994** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **88023/PM/PE (RG), 10320629462 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **POLICIAL MILITAR** Telefones Celulares:
- **87996416993**

Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 60, RUA MARIA XAVIER BEZERRA - CEP: 54800-000 - 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: **0C2HB0210FR482329**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **RENAVAN N° 1033785886**

Complemento / Observação

ÀS 11:30 HS DESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A VÍTIMA CITADA, COMUNICANDO-NOS QUE NO DIA 31/08/18, QUANDO TRAFEGAVA NA PE-269(SENTEIDO TRIUNFO-PE), NA ALTURA DO SÍTIO SÃO JOSÉ DOS PILOTOS, PERDEU 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
(VITIMA)**

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

R. 209.122-4

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

WALBER JOSEPH PEREIRA GOMES DA SILVA

CPF da Vítima

103.205.294-52

Data do Acidente

31/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requisição 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.

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Floripa - 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



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
Name: WALBER JOSEPH P. GOMES DA SILVA	Data Nascimento: 06/09/1994
Profissão: POLICIAIS	Sexo: Masculino
End.: R. MARIA XAVIER BEZERRA, 60.	Doc. Ident.: 24 4
Responsável:	
End/Fone: (99) 641-6903	
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:	P脉:	Temperatura:
-------------------	-----	--------------

Histórico e Exame Físico:

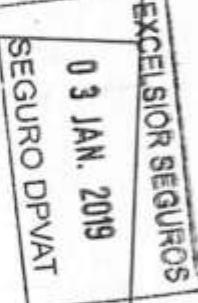
Pte. SORTE quando da moto caiu
Ferimentos na face e escoriações
no corpo (3)

Tratamento:

① Voltaren (fr) 2ml
② Amox 60mg

19:40

Saída 5503033.



Impressão Diagnóstica:

Med. P. 170/142
N.º. CRM: 1428
CRM: 1428

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

BRADESCO17012019050000000002370058600000033181506250 PAGO



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

ATENDIMENTO: RUA PREF JOSE RODRIGUES - NUM - 09100 - CENTRO
TRIUNFO PE 56870-000

DADOS DO CLIENTE
MARIA ELIZABETE PEREIRA DA SILVA MATRÍCULA: 26263891 ABR/2018
R MARIA XAVIER BEZERRA, N. 00017 - - SAG CRISTOVÃO TRIUNFO PE
56870-000
INSCRIÇÃO: 157.830.067.0000.000 GRUPO: 12 DEB AUTOMÁTICO: 026263891

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A13U173925	DATA LEIT. ANTERIOR 07/04/2018	DATA LEIT. ATUAL 08/05/2018		TIPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 316 CONSUMO:?
LEIT ATU: RECORRENÇA TAXA N
LEIT FAT: 326

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2018	05	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	FORT.	ANALISES	ATENDER
02/2018	07	TURBIDEZ	11	11	11	9
01/2018	08	COR APARENTE	11	11	11	9
12/2017	08	CLORO RESIDUAL	10	11	11	11
11/2017	04	COLIF. TOTAIS	11	11	11	11
10/2017	08	E. COLI	11	11	11	11

MÉDIA: 07 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBJS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COFORMES 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

AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
7,48	40,18	
	0,50	

JUROS DE MORA: 12/2017

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSTO
PIS	40,18	1,65	0,66
COFINS	40,18	7,60	3,05

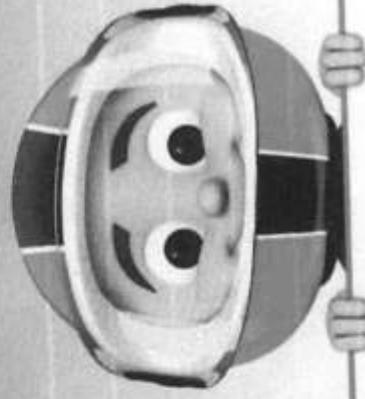
VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 40,98

MENSAGEM:

LACELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

HONDA
Consórcio



FAC
Faculdade
de
Caxias

MOT00003696 SERTAMOL

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



41800/208-16
Movio - 138
0003696

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT



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:

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN 2019

SEGURO DPVAT

<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 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	Número	Complemento
<u>TV. MANOEL SANTANA</u>	<u>56</u>	<u>CAS</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>PE</u>	<u>56.850-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>TQINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>		<u>81-9935-5533</u>

FLORES-PE-19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Antônio P. L.
Assinatura do Declarante