

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140068854 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 11/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





FICHA DE EMERGÊNCIA

Data/hora do atendimento: 11-04-2014 21:40

Nome: Celma M. da S. Soima Prontuário: 4379

Sexo: F Profissão: agricultora Data de Nascimento: 10-05-76

Estado civil: casada Cor: _____

Filiação: Vitor Ferreira da Silva

Edelvita M. de S. Silva

Endereço: R. José das Neves Vieira, 248 Nova Repub.

Médico: Dr. José Neto

História da doença atual:

Enf. agud. Díse
Edema
172)

Exame Físico:

100/80
90
172)

Pressão Arterial: 100/80 Pulso: 90 Temperatura: _____

Diagnóstico provisório:

S. P. 8.

172)

Conduta:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR
10041

Assinatura do Enfermeiro

Hora da Liberação do paciente

Dr. José Neto
CRM-PE: 18081
11 ABR 2014

RESINTRAN

Assinatura do Médico - CRM

11 AGO. 2014

RUA MANOEL ALVES, 101 - CENTRO - 55665-000
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014665947 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 11/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO CORPO

Resultados terapêuticos: CONTUSAO

Sequelas permanentes: DORES

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

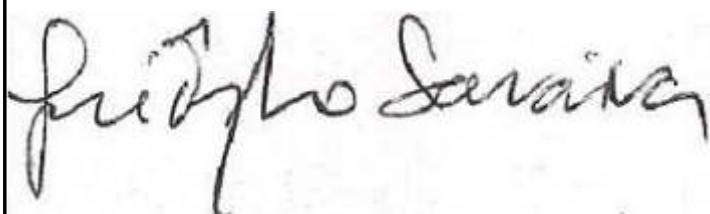
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140068854 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 11/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do joelho direito.

Descrição do exame Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução da flexo-extensão do
médico pericial: joelho direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Dano funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/12/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

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

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dequitier Cavallino Machado



CRM 8594

Thierry Viana 45yrs old. Sintero, vítima de
acidente de estrada em 11.04.2014. Sofreu
lesão cervical no nível C7.

Sofreu lesão no nível C-8 + dor
na articulação que compromete a flexão
de juntas L4 + dificulta a mobilização
até 90°. Em tumbos com mobilização fre-
ta por 04 meses + fisioterapeu-
ta

Cir 10 m/23

Alto Desembolso



Dr. Pedro Marques
Traumatologia - Ortopedia
CRM: 172.676.3444 - CRM: 8594

29/10/14

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima
Em frente ao Hospital São José
Fone: 3542.3278

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2014

Carta nº: 4975660

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 2014665947
Vitima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA
Data Acidente: 11/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **11/04/2014**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2014

Carta nº: 5800792

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 3140068854
Vitima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA
Data Acidente: 11/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPEDIÇÃO 14.09.1999.

FIGURADO GERAL
NOME: CELMA MARIA DA SILVA LIMA.

PALESTRANTE
Vitor Ferreira da Silva.
Edelvita Maria de Souza Silva.

NATURALIDADE
Bezerros - PE.
doc. ontem C. C. 536. P. 112v9 L. B. 13. Cart.
de Crnocim de São Félix - PE.

CPF
000.000.000-00
Assinatura do Diretor
LEI N° 7.116 DE 20/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 10/05/00

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a sua utilização por terceiros, salvo nas demais previsões na Legislação Vigente.

Assinatura
CELMA MARIA DA SILVA LIMA

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



11 AGO. 2014



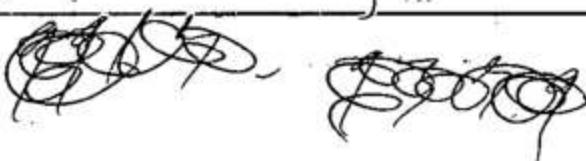
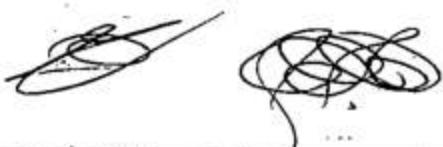
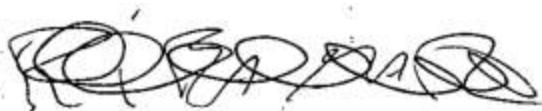
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: CELMA MARIA DA SILVA LIMA
Data do Nascimento: 10/01/76

Nº de Inscrição: 012627404-52

Barcode representing the CPF number 012627404-52.



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5882642

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 3140068854
Vítima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA
Data Acidente: 11/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2014

Carta n°: 6014510

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 3140068854
Vitima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA
Data Acidente: 11/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001710-8

Conta: 000010014671-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

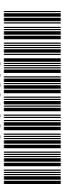
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ **2.531,25**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃS

DETTRAN - PE NO 9309828060

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO 705507280 2012

JOSE CLAUDIO DA SILVA

CAMOCIM DE SÃO FELIX-PE

763.107.609-91

IPVA

2012

PE Nº 9309828060 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RECIBO PE Nº

30

ASSINATURA

RECIBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

30

RECIBO PE Nº

30

RECIBO PE Nº

30

SEGURAMENTO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

RECIBO PE Nº

30

RECIBO PE Nº

**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

Nome do(a) Examinado(a): **CELMA MARIA DA SILVA LIMA** Sinistro: **3140068854** Data: **11/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE DAS NEVES VIEIRA, 248 - CENTRO - Camocim de São Félix - PE - CEP 55665-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** /PE] **06475314**

Data local do exame: [**12/12/2014**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Contusão do joelho direito. . Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução da flexo-extensão do joelho direito.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Quadro submetido a tratamento conservador.**

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano funcional do joelho direito.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"

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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

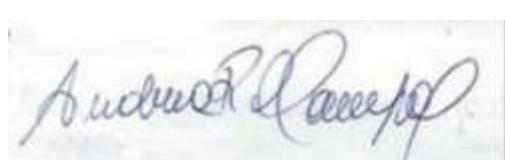
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE

· DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Belma Maria da Silva Jaima, portador da carteira de identidade nº 6.475.334 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.627.404-52, residente e domiciliado na Rua José dos Reis Viana - 248, Cidade Paracuru de São F., Estado PE, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS



Belma maria da Silva Jaima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RESINTRAN

11 AGO. 2014

Local e data

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01710-8

CONTA: 000010014671-6

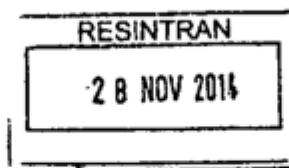
Nr. da Autenticação B15A0E03A5127B6C

CAMOCIM DE SÃO FELIX/PE, 19/11/2014

Ao Sr. Analista

Sinistro:CPF: 012.627.404-52

PEDIDO DE REANÁLISE



Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro/CPF=012.627.404-52 tendo em vista está apresentando laudo médico onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrita e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

CELMA MARIA DA SILVA LIMA

CPF:012.627.404-52
Fones: (81) 9926-8195, (81) 9926-8193OU (81) 3728-3982



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, daqueles que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Elma Jovina da Silva Reis
 PORTADOR(A) DO RG N° 6.475.304 EXPEDIDO POR SDS EM 14/09/99
 - 009697404-69 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO
 FAZENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA *Elma maria da Silva Reis* AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



RESINTRAN

11 AGO. 2014

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA 1710-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 14.671-4

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ICAL Recife DATA 05/08/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Elma maria da Silva Reis

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
22/05/2014 - Autoatendimento - 15:17:59
171071858 0552

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE CELMA MARIA DA SILVA LIMA
AGENCIA: 1710-8 CONT: 14.671-4
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 20,00
NR. ENVELOPE 2.172.939.825

* Valor sujeito a conferencia.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

DECLARO-ME CLIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

RESINTRAN

11 AGO. 2014

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 14A. UNIDADE SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0045006025

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/07/2014** às **12:26**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 11/07/2014 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, RUA DA COHAB, PROXIMO AO BAR DE NICEIA - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR/AGENTE)
 CELMA MARIA DA SILVA LIMA (VITIMA)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO; (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CELMA MARIA DA SILVA LIMA

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

CELMA MARIA DA SILVA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDELVITA MARIA DE SOLZA SILVA Pai: VITOR FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 10/1/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6475314/SSP/PE (RG), 01262740452 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 248, RUA JOSE DAS NEVES VIEIRA, N248 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

- Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): CELMA MARIA DA SILVA LIMA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLJ1248 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 705587290 Chassi: 9C2JC250WWR238649
 Ano Fabricação/Modelo: 1998/1998 Combustível: GASOLINA
 Descrição: PROPRIETARIO: JOSE CLAUDIO DA SILVA

RESINTRAN

11 AGO. 2014

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO NA CIDADE DE CAMOCIM COM DESTINO A CASA DE SUA IRMÃ, QUANDO CHEGANDO PROXIMO AO LOCAL ACIMA CITADO EM UM CRUZAMENTO UM CARRO VEIO A COLIDIR NA SUA TRASEIRA VINDO A CAIR A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL LOCAL

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/infopol/xmlNovo/BOEPreview.html

CELMA MARIA DA SILVA LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS FERNANDES BARBOSA - Matrícula: 319591-0

RESINTRAN

11 AGO. 2014



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edilma Maria da Silva Jaima,

RG nº 6.475.314, data de expedição 14/09/99, Órgão SDS,

CPF nº 019.697.404-52, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua garci abra Nieves Silveira</u>
Número	<u>248</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Paracaima de São Félix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9926-8193</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rocife 05-08-14

Assinatura do Declarante:

RESINTRAN

11 AGO. 2014



~~00000 201-30-00~~

 **TELEATENDIMENTO**
compesa
0800 081 0195
www.compesa.com.br

LEITURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 5271343 - Aluno / 2214

CELESTE MARIA De

R. JOSE DAS NEVES VIEIRA, N. 00248 - CENTRO CAIÓCII DE SÃO FELIX PE 55665-000

INSCRIÇÃO	GRUPO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
035.820.365.0005.200	4	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
		1		PÚBLICO
ROTA	HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	
3205	A12H233387	LIGADO	POTENCIAL	
LEIT. ATUAL INF:	189	DATA LEITURA ANT:	26/03/2014	
LEIT. ATUAL FAT:	189	DATA LEITURA ATUAL:	25/04/2014	
LEIT. ANT:	173	DIAS CONSUMO:	36	
CONSUMO (m3):	11			

HISTÓRICO DE CONSUMO - OPÇÃO PELO DEB. AUTOMÁTICO: 5271843

REFERENCIA CONS

03/2014	12	QUALIDADE DA ÁGUA			
		PARÂMETROS	UNIDADE	PAUTA	VL. → OBSTÍCULO
02/2014	12				
01/2014	13				
12/2013	12				
11/2013	13				
10/2013	12				
EDIÁ	12				

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M ³ - R\$ 0,00 POR UNIDADE	10 M ³	R\$ 0,00
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 2,11 POR M ³	11 M ³	R\$ 22,21

11. HS A-20 HS - Hs 3,44 Ton HS 1 HS 1,14

VENCIMIENTO: 13/05/2014 TOTAL A PAGAR: 33,44

RESINTRAN

11 AGO. 2014