



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA

S.M.S. HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO E MAT D PRIMITIVA

Data: 15/12/20

Hora: 16/03/21

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Atendimento nº

Nome do Usuário:

Cartão SUS

Data Nascimento: Idade:

Sexo: f

Nº Prontuário

Nº Grp Familiar

Mãe:

Pat:

Ocupação:

Logradouro:

Nº: 385

Complemento:

Bairro/Localidade:

Município:

U.F. PE

Telefone:

Clínica:

Data:

Hora:

Motivo da procura:

Rubrica Servidor:

Assinatura do Paciente:

02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Acidente de trânsito de colisão com muro - sem lesões graves, sem lesões graves, sem lesões graves.

Assinatura:

Classificação:

03 - ANAMNESE:

Estado não há informações de alergias, não há HAS e DM. Paciente relatou de colisão com muro - sem lesões graves, sem lesões graves, sem lesões graves. Em tempo oportuno tentou se levantar, mas não conseguiu, não houve alteração de consciência e pupila.

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura:

F.C.: 76

PA: 120x70

F.R.:

Glasgow:

Ao exame: B.E.O., A.O.T.F. expandida, indurida, não comensal, afébril, acromioclavicular, cricoides, etc. APL MICA em AIT, um P.T.A. ACV: PCR em 2T, BCNF etc. ABDOME = N.D.N. Neurologia: Glasgow 15 Pupilas simétricas, isocóricas e reativas.

05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG

() Outros

ND = Acidente Materialístico

e d = observação

Hipótese do Diagnóstico:

- Ringer lactato - 500ml, Excto.

- Dexamet - 01 Amp + AD, Excto.

Conduta:

() Medicação

() Observação:

() Laudo para AHI

Saída: Data/Hora

as

Ch:

Aos referido para ULS

() Outro

() Outra Unid. Urgência

() Especialidade

() Internação no Hospital:

Dr. Emanuel Rêgo
Médico
CRM-PE 9773
CRM-PE 236108 JUL 2021
Bente Sampaio

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA			
Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA S. M. ST. HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Unidade de Saúde: HOSP. MUNIC. DR. JOAO COUTINHO E MAT. O. PRIMITIVA			
01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO		Atendimento nº	
Nome do Usuari:	Data Nascimento:		Idade:
Cartão SUS	Sexo:		Nº Gr. Familiar
Mãe:	Prof.		Ocupação:
Logradouro:	Complemento:		
Bairro/Localidade:	Município:	UF:	Telefone:
Clinica:	Data:	Hora:	
Motivo da procura:	Rubrica Servidor		
Assinatura do Paciente:			
02 - ACOPLAMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito			
Acolhimento com classificação de risco: <u>Presente: Dor no abdômen - parte superior, direita, após refeições</u> Assinatura: <u>[Assinatura]</u> Classificação: <u>AD-2</u>			
03 - ANAMNESE			
<u>Doença atual: Dor no abdômen - parte superior, direita, após refeições. Há 15 dias. Dor tipo cólica, com duração de 10 a 15 minutos. Dor tipo cólica, com duração de 10 a 15 minutos. Dor tipo cólica, com duração de 10 a 15 minutos.</u>			
04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: F.C.: 76 PA: 120x70 F.R.: Glasgow:			
<u>Do exame físico: PA: 120x70, supino, hidratado, normoventilado, sem sinais de congestão pulmonar, sem sinais de congestão pulmonar, sem sinais de congestão pulmonar.</u> <u>ADON: N.D.N.</u> <u>Alimentação: 15 dias, após refeições, normais.</u>			
05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
() Laboratório: <u>H.D. - Acidente Antibiotico</u>			
() Radiológico: <u>15.20</u>			
() ECG () Outros: <u>ed - Obstrução</u>			
Hipótese do Diagnóstico: <u>- Úlcera péptica - 500-1, Ecto</u>			
Conduta: () Medicação () Observação () Leito para AM			
Sair da Dept. Hora: <u>15.20</u> Assinatura: <u>[Assinatura]</u> (Carimbo e Assinatura)			
() Outra Unid. Urgência () Especialidade			
() Internação no Hospital			

8 JUN 2011

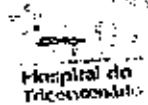
Santa Ser...

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:05:40

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:05:40



HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO



RECEITUÁRIO

Atesto para os devidos fins que
a paciente Kelma Maria da

Silva, 34 anos, tem fratura de
clavicula esquerda e contusão
de costelas direita devido a colisão

moto - carro dia 16/03/2017.

paciente faz tratamento de capote

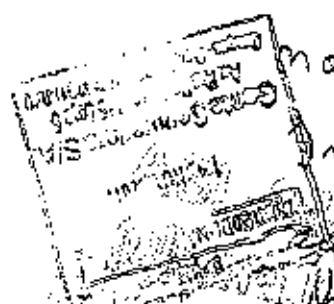
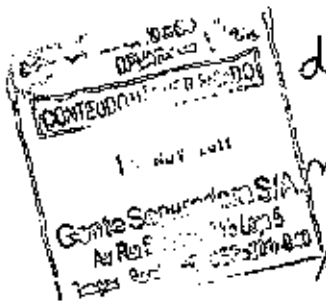
no momento do acidente

paciente acompanhada em tratamento

em casa. Paciente mantida na

residência. Paciente

BR 408 KM 28 - LOTEAMENTO ARARUNA
CEP: 55870-000 - TIMBAUBA - PE



03/01/2018 13:05:40

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:05:40

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

REGISTRO DE IDENTIDADE CIVIL

06838

Carteira de Identidade

Kelma Maria da Silva

2100

Carteira de Identidade

1001 1001 8 8

06838

06838

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CÍVIL 4.633.481 DATA DE EXPIRAÇÃO 10/04/2012

NOME << KILMA MARIA DA SILVA >>

RELACIONAMENTO << JOSÉ SOARES DA SILVA >> << MARIA JOSÉ CAETANO DA SILVA >>

NATURALIDADE TIMBAÚBA - PE DATA DE NASCIMENTO 29/11/1971

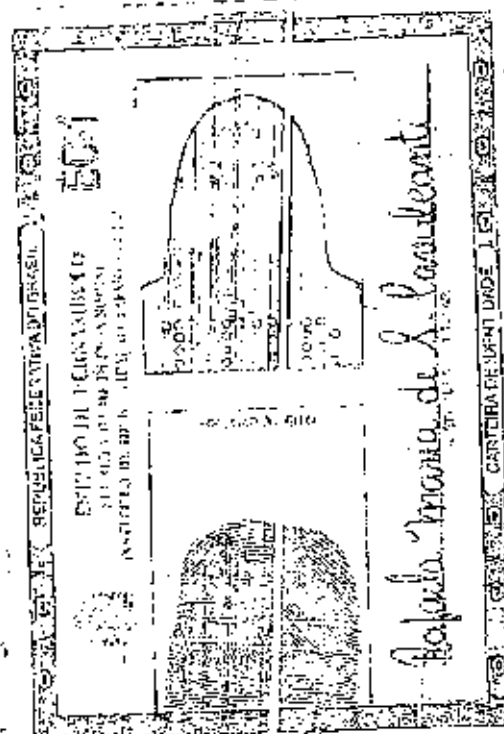
DOC. ORDEM << 0765120155 1974 1 00011 145, 0011470 26 TIMBAÚBA-PE >>

COD 891.207.794-53

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 2008

F-49 17.341 - 0013



RECIBO DE PAGAMENTO DE TAXA DE EMISSÃO DE PASSAPORTE
NOME: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
FILIAÇÃO: JOSÉ MANOEL DE SANTANA
MÃE: MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA
CIDADE DE NASCIMENTO: VICÊNCIA - PE
DATA DE EMISSÃO: 24/12/1985
NÚMERO DE PASSAPORTE: 0760340155 2013 2 00015 037
VALOR: 0004944 10 VICÊNCIA PE
CÓDIGO DE BARRAS: 086.005.684-80

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

0012-
Commissariat du ministère
1912-1913
1912-1913
1912-1913

100
100
9 JUN 1961
Gen. Sec. of State
U.S. DEPT. OF STATE

RECOTO
GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DAT. DE
EXPIRAÇÃO

10/04/2012

NOME

<< KILMA MARIA DA SILVA >>

NÚMERO

<< JOSÉ SOARES DA SILVA >>
<< MARIA JOSÉ CAETANO DA SILVA >>

NATURA/IDADE

TIMBAUBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

29/11/1971

DOE ORIGIN

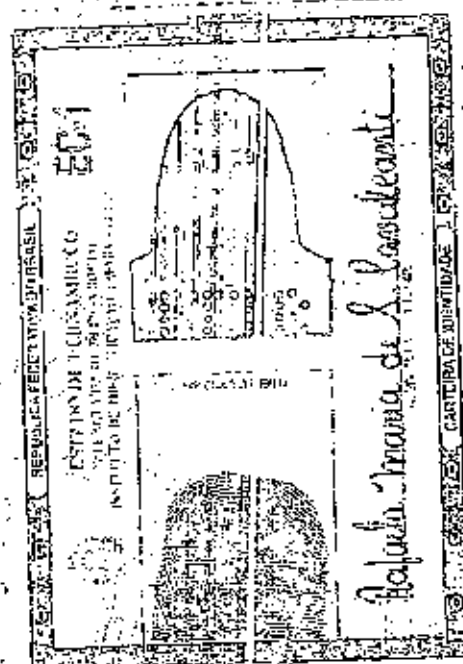
<< 0766120155 19741 00011145 >>
0011470 26 TIMBAUBA-PE >>

CPT

891.207.794-53

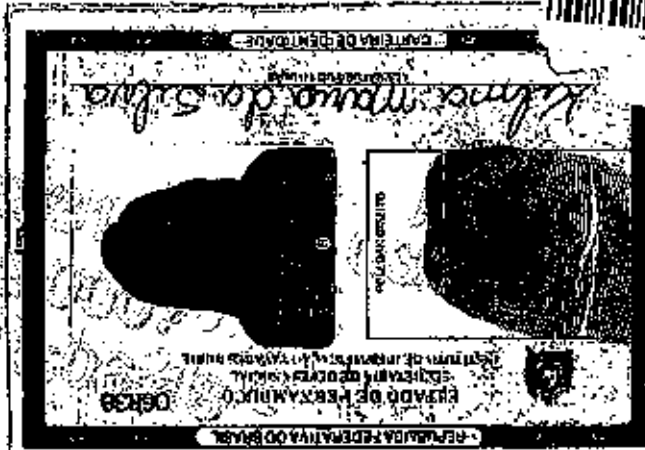
ASSINATURA DO DETENTOR

LEIA TIR DE 200803



RECEBIMOS
REF: 7.768.638
DATA: 10/02/2014
NOME: << RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>
PRAZO: << JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>
MUNICÍPIO: VICÊNCIA - PE
DATA DE EMISSÃO: 24/12/1985
CÓDIGO: << 0760340155 2013 2 00015 037
0004944 10 VICÊNCIA PE >>
CNPJ: 085.005.684-80

Documentos de identificação



0012
0072

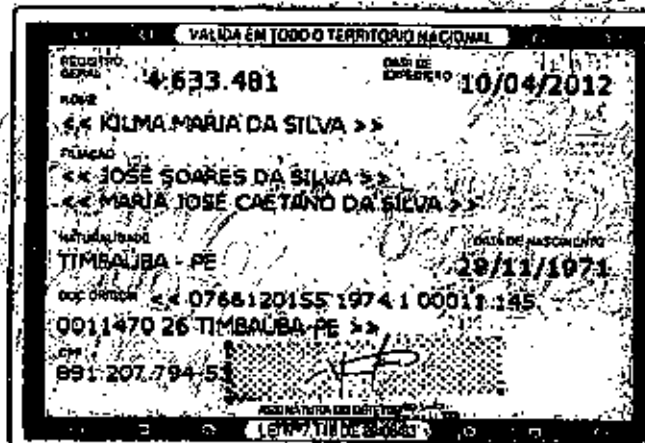
Comprovante de identidade

12331/17
Juliana Maria 0007
03/01/2018 13:06:18

ASL-0442331/17
Juliana Maria 0007
03/01/2018 13:06:18

ASL-0442331/17
Juliana Maria 0007
03/01/2018 13:06:18

ASL-0442331/17
Juliana Maria 0007
03/01/2018 13:06:18



12331/17
Juliana Maria 0007
03/01/2018 13:06:18

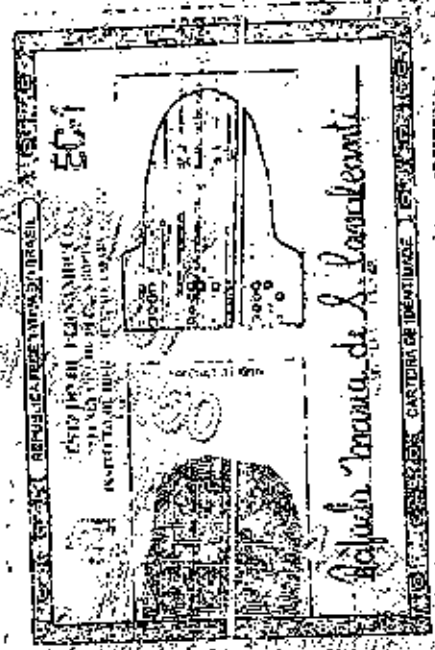
ASL-0442331/17
Juliana Maria 0007
03/01/2018 13:06:18



ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50



ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

7.788.638		10/02/2014	
RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI			
JOSE MANOEL DE SANTANA			
MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA			
VICENCIA - PE		24/12/1986	
0094944 10 VICENCIA PE			
085.005.684-80			

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:09:50



"0007"

Impressão

Linha de transmissão de dados para o sistema de registro de veículos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE		Nº 012213706329	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	DATA DE EXERCÍCIO	
1	162953305	2016	
NOME			
ELIAS MORAES DE OLIVEIRA			
TIMBAUBA - PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
823.201.364-87		KME7709	
PLACA ANTIGA		CHASSI	
*****		9C6KE1220900000313	
ESPECIFICAÇÃO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
YAMAHA / FACTOR YBR125 K		2009 2009	
CAP / POT / CL		CATEGORIA	
2B / 124CL		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
VERMELHA		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENO. COTA ÚNICA	
1PVA 2016 QUITADO		1 *****	
FAKSA 1PVA		PARCELAMENTO / COTAS	
1		2 *****	
3 *****			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
AL FID BANCO BRADESCO FINANCIAME			
TIMBAUBA - PE			
DATA			
19/04/16			
Assinatura			
Elias Anderson Sousa Ribeiro			
Chefe de Departamento DETRAN			

CONTRATO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARC A A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012213706329 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ELIAS MORAES DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURAwww.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

TIMBAUBA - PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 18/04/16

VIA 1 CPF / CNPJ 823.201.364-87 PLACA KME7709

RENAVAM 162953305 MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR YBR125 K

ANO FAB. 2009 CAT. IVE. 09 Nº CHASSI 9C6KE1220900000313

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.650/0001-03

www.seguradoralider.com.brDESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SE NÃO SE FORTE

100000800



ЭЛЕМЕНТАРНОЕ ВОЗРОЖДЕНИЕ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRO - PE Nº 012213904327
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 182353908 PLACA XME7709 EXERCÍCIO 2016

ELIAS NORAES DE OLIVEIRA
TIMBAUBA - PE

023.201.364-97 PLACA XME7709

906KE122090080313

PAR MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

YAMAHA/FACTOR YBR125 R ANO FAB. 2009 ANO REG. 2009

29/12/2011 CATEGORIA PARTIC DOB. PREC. DOANTE VIGÊNCIA

COTA ÚNICA 12VA ROL. QUITADO VENC. / COTAS 12

PARA 12VA PARCELAMENTO / COTAS 12

PREMIO TARIFARIO DO SEGURO PAGO 12

AL. ETC. BANCO BRASILEIRO DE FINANÇAS

15/09/16

15/09/16

SEGURO URBANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU ADO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012213904327 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ELIAS NORAES DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.gov.br
SAC DPVAT 800 022 1854

TIMBAUBA - PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 18/09/16

VIA 1 023.201.364-97 PLACA XME7709

182353908 YAMAHA/FACTOR YBR125 R

ANO FAB. 2009 ANO REG. 09 906KE122090080313

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE DO SEGURO PAGO 12

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE CANCELAMENTO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.345.898/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PARA OUB. A. GUAR. O. O. L. M. O. A. D. E. A. T. E. N. A. O. S. D. E. P. O. R. T. A. D. A. S.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170318113 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KILMA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Acidente de trânsito sem relato de trauma específico

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016829

Cidade: Timbaúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KILMA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016829

Cidade: Timbaúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KILMA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: RELATA DOR LOCAL, PRINCIPALMENTE EM REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA, ROTAÇÃO INTERNA E ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA POR UM PERÍODO DE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



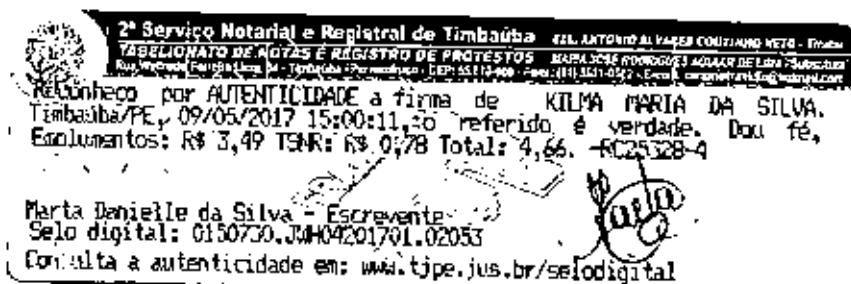
OUTORGANTE: Kilma Maria da Silva, Portador (a) do documento de identidade nº 47633.781, expedido por SAS/PE, inscrito no CPF sob o nº 891.207.784-53, residente na Rua Joo Goncalves Vieira 385 Timbaúba

OUTORGADO: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80,, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes.

Local e Data: Timbaúba /PE, 09 de maio de 2017.

Outorgante: Kilma Maria da Silva





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Kilma Maria da Silva Portador (a) do documento de identidade nº M 633.781 expedido por SUS/PE, inscrito no CPF sob o nº 591.907.794-53, residente na Rua José Gonçalves Viana 385 Timbalá

OUTORGADO: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes.

Local e Data: Timbalá PE, 09 de maio de 2017.

Outorgante: Kilma Maria da Silva

2º Serviço Notarial e Registral de Timbalá VAL. ANTONIO ALVARES CONTADOR AFET. Poder
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS MARIA JOSÉ RODRIGUES OLIVEIRA DE LIMA T. 1.000.000
Rua Manoel Gonçalves Viana, 385 - Timbalá - PE - CEP: 55.000-000 - Fone: (51) 3311-0000 - Fax: (51) 3311-0001 - E-mail: contato@snr-timbalá.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de KILMA MARIA DA SILVA,
Timbalá/PE, 09/05/2017 15:00:11:50 referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: 4,66 - FC25320-4

Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150720.JM404201701.02053
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

08 Jun 2017

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Kilma Maria da Silva Portador (a) do documento de identidade nº 7.788.638-505/PE, expedido por SUS/PE, inscrito no CPF sob o nº 591.402.787-55, residente na R. da Joo Goulart, 46, 385 Embaixada

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638-505/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Uder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas - Hospitalares. Como também qualquer documento que julgar necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes.

Local e Data: Fairfield /PE, a 9 de maio de 2017

Outorgante: Kilma Maria da Silva

2º Serviço Notarial e Registral do Timbóia - PE
PUBLICAÇÃO DAS NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - NÃO AUTENTICAÇÃO DE NOTAS
Assinada por AUTENTICIDADE e/ou firma de KILMA MARIA DA SILVA
Timbóia/PE, 09/05/2017 15:00:11:67 referida e verdade. Doc. nº
Emolumentos: R\$ 3,49 ITR: R\$ 0,70 Total: R\$ 4,19 - R\$ 3,49
Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0130730.34-04201701.02053
Consulta a autenticidade em: m1.tpe.jus.br/selodigital

**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): **KILMA MARIA DA SILVA** Sinistro: **3180016829** Data: **16/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50050-902**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **4633481**

Data local do exame: [**22/01/2018**] **Goiana** [**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)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. RELATA DOR LOCAL, PRINCIPALMENTE EM REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA, ROTAÇÃO INTERNA E ABDUÇÃO DO OMBRO 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.

SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA POR UM PERÍODO DE 40 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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.

Limitação funcional do ombro 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
16/03/2018

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: KILMA MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180016829

Vítima: KILMA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180016829**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12216986



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: KILMA MARIA DA SILVA

Sinistro: 3180016829
Vítima: KILMA MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 16/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180016829** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12319515

A/C: KILMA MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180016829
Vítima: KILMA MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 16/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

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: KILMA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 000009573-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

Declaração nº 0014/2017

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

EU, Kilma Maria da Silva
PORTADORA DO RG Nº 4.633.481 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 10/04/2017
CPF 19.120.519.94.53 / CNPJ 00.000.000-00, PROFISSÃO ---
E RENDA MENSAL DE R\$ --- (1) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Kilma Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(1) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevalência a favor do consumidor 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 renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apresentados:

- Contra salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Contra Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO --- Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- Nº da CONTA (com dígito, se existir) ---

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS, BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0837 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9583-8 ✓

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

10/04/2017

Kilma Maria da Silva 90 de maio de 2017
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

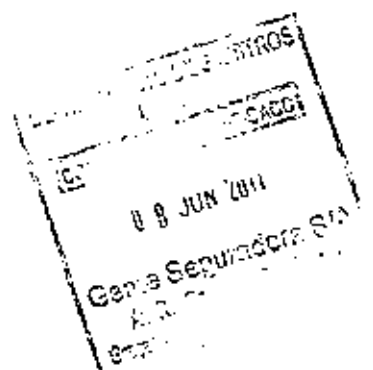
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 o site www.liderseguros.com.br ou ligue para o SAC DPVAT (0800-111-7111).

CAIXA Loterias

12 JUL 1964

Call for Letters





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

Declarada, Cópia: 9/10/2017

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

EU, Kilma Maria da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.633.481 EXPEDIDO POR SDS / RE EM 10/04/2017
CPF 189.120.389.453 / CNPJ 00.000.000-00 PROFISSÃO Docum
E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Kilma Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 e entidades no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, abertura 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SINDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA ISOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0833 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8 V

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

Kilma Maria da Silva 30 de maio de 2017
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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 11.915/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acessar o site www.sindpvat.org.br ou comparecer ao CNIB ou ligar para a SAC DPVAT (0800-707.311).

CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIEDORIA 0800 725 7474

149-365883902-9

29/MAI/2017

HORA DE 10:10:20

LOT: 15.17681-5

TERM: 015438

LOCALIDADE: BUENOS AIRES

AG. VINCULADA: 0054

CONTROLE: 228214978

CAIXA Loterias

0877 013 00089573-8

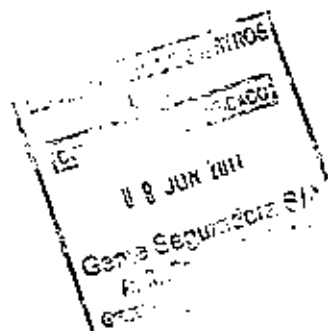
KILMA MARIA DA SILVA

149-365883902-9

18 VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

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

EU, Maria Maria da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.633.481 EXPEIDIDO POR SDS/RE EM 10/04/2012
CPF 89.112.013.194-53 (CNPJ) 00.000.000-00 PROFISSÃO Docente
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Maria Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1 - A Circular Susep nº 145/2012, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, tem-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresarial) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 073 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanning, colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0834 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRABESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0834 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8

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

10 de maio de 2012 LOCAL E DATA
Maria Maria da Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$25.000,00 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\$11.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 1.294/2006) e reembolso de até R\$ 2.000,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise e o crédito da indenização, consulte o site da seguradora LIDER para o SAC DPVAT 0800-077.74.

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0880.720 0101
CON/COMA 0800 725 7474

149-365003002-9

29/MAI/2017

HORA DE 18:10:20

LOT: 15.17801-5
LOCALIDADE: BUENOS AIRES
AG. VINCULADA: 0854

TERM: 015438

CONTROLE: 228214970

0877 013 00000573-8

KILMA MARIA DA SILVA

149-365003002-9

18 VIA

BUENOS AIRES
CACC
09 JUN 041
Genia Segura S/A
R. L. Segura S/A
Genia



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PE

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

EU, Kilma Maria da Silva
PORTADORA DO RG Nº 4.633.481 EXPEDIDO POR SDS LPE EM 10/04/2012
CPF 19.120.33.894.513 CNPJ 11.111.000.000 PROFISSÃO Docente
E RENDA MENSAL DE R\$ 2000,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OPVAT DA VÍTIMA Kilma Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO OPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1 - A Circular Sinop nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os seguradores são obrigados a constituir cadastro de todos os pessoas e entidades no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, tenham-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o benefício sobrevivente não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em pré-posto (este movimento revoga-se a solicitação de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário uma inscrição de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8 V

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADES, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 0044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9533-8 V

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

Kilma Maria da Silva 90 de maio de 2012 Kilma Maria da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro OPVAT garante indenização de até R\$ 3.000,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente no data do acidente), indenização de até R\$ 1.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro-opvato na lei 11.533/2007) e reembolso de até R\$ 2.000,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise e o crédito da indenização, acesse o site www.opvat.com.br ou ligue para a SAC OPVAT 0800-111111.

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800.726 0181
0800.726 7474

149-30583302-3

23/MAR/2017

18:10:20

LOT: 15.17581-5

TERM: 015438

LOCALIDADE: BUENOS AIRES

CONTROLE: 228214970

AD. VINCULADA: 0054

8877.013 0000573-8

CELINA MARIA DA SILVA

149-30583302-3

13 VIA

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

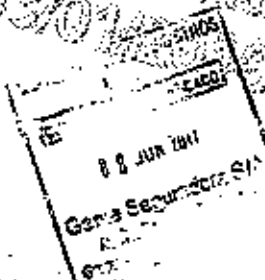
CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04



ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04

ASL-0442331/17
Juliana Luna.0007
03/01/2018 13:07:04



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0136000598**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/03/2017 às 10:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 18/3/2017 no período da Tarde

Local ocorrido no endereço: **PRAÇA DE TIMBAUBINHA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCÍSIO (AUTOR (AGENTE))
KILMA MARIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TARCÍSIO CUNHA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): KILMA MARIA DA SILVA

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

KILMA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE CAETANO DA SILVA Pai: JOSE SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1971 Nacionalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: AUTENTICIDADE (RG): 8912073453 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: 991631305

Residência: RUA JOSE GOUVEIA BORBA, 385, TIMBAUBINHA, DAR DO BODE - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, DAR DO BODE

TARCÍSIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): KILMA MARIA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): KILMA MARIA DA SILVA

Cor: VERMELHA - Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KME7709 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 162953305 Chassi: DC6KE12Z0900060313
Vel. Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA

CARRO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): TARCÍSIO, que estava em posse do(a) Sr(a): TARCÍSIO

Cor: BRANCA - Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/UNO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIX3647 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA INFORMA QUE NO DIA 18 DE MARÇO DE 2017 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA TIMBAUBA PLACA KME 7709 PELA PRAÇA DE TIMBAUBINHA, QUANDO AD BE APROXIMAR DE UM VEÍCULO QUE ESTAVA PARADO A SUA FRENTE, O MOTORISTA FUGIU DE FAIXA SEM AVISAR. KILMA NÃO CONSEGUIU FREAR A VELOCIDADE E ACABOU SE CHOCANDO NO CARRO. O SAMU FOI ACIONADO E LEVOU KILMA A UPA DE TIMBAUBA. O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO POSTERIORMENTE POR TARCÍSIO E CARRO ERA UM UNO PLACA KIX 3647.

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

Examinando

Galvão de Odey Brito

- Kilmia maria da Silva

KILMIA MARIA DA SILVA

IDENTIFICADA

LVU. registrado por: ALEXSANDER DE MOURA - Matrícula: 272938-8

[Handwritten signature]


POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA
16ª CIRCUNSCRIÇÃO

1107 NOT B A
1107 NOT B A
1107 NOT B A



0001

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136001691

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/09/2017 às
 14:13

Complementa o BO Número: 17E0136000598

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
 que aconteceu no dia 16/8/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: PRAÇA DE TIMBAUBINHA -
 TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA -
 Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCISIO (AUTOR AGENTE)
 ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (OUTRO)
 KILMA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 KILMA MARIA DA SILVA
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 TARCISIO

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

KILMA MARIA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ
 CASTYANO DA SILVA Pai: JOSÉ SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 25/11/1971
 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4031431/SPS/PE (RG),
 00120778493 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
 Telefones Celulares:
 - 000034300

Residência: RUA JOSÉ OLIVEIRA BORDA, 305, TIMBAUBINHA, BAR DO BODE -
 TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 -
 Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE

TARCISIO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO

/ PERNAMBUCO / BRASIL

ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIAS MORAES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KILMA MARIA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **WHZ 7769** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **402953395** Chassi: **9085212899900312**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **GASOLINA**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TARCISIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TARCISIO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLX 3847** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA informa que no dia **16 de março de 2017** estava conduzindo a motocicleta **YAMAHA** placa **WHZ 7769** pela praça de **TIMBAUBIMHA**, quando ao se aproximar de um veículo que estava parado a sua frente, o motorista mudou de faixa sem avisar. **KILMA** não conseguiu frear a tempo e acabou se chocando no carro. O carro foi acionado e levou **KILMA** a UPA de **TIMBAUBIMHA**. O motorista foi identificado posteriormente por **TARCISIO** e carro era um **UNO** placa **KLX 3847**.

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

KILMA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** - Matrícula: **2007665**





403764



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
0465-CIRC-406-170411PDSSEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136001691

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/09/2017 às
14:13

Complementa o BO Numero: 17E0136000598

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 18/3/2017 no período da Tarde.

Fato ocorrido no endereço: PRAÇA DE TIMBAUBINHA -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA - 1 -
Setor: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCISIO (AUTOR/AGENTE)
ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (OUTRO)
KILMA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
KILMA MARIA DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
TARCISIO

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

KILMA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE
CASTYANO DA SILVA Pai: JOSE SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1971
Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4032401/SDS/PE (RG),
B0120779603 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Identificação Civil: 000824309

Residência: RUA JOSE OLIVEIRA BORBA, 185, TIMBAUBINHA, BAR DO BODE -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE

TARCISIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO

PERNAMBUCO / BRASIL

ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): ELIAS MORAES DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): KILMA MARIA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor/VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HMP7760 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 402053396 Chassi: 006H2123900000012
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2009 - Combustível: GASOLINA

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): TARCISIO, que estava em posse do(s) Sr(a): TARCISIO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/UNO Objeto apreendido: NÃO
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MLX3647 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA INFORMA QUE NO DIA 29 DE MARÇO DE 2017 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA PLACA HME 7760 PELA PRAÇA DE TIMBAUBINHA, QUANDO AO SE APROXIMAR DE UM VEICULO QUE ESTAVA PARADO A SUA FRENTE, O MOTORISTA MUDOU DE FAIXA SEM AVISAR. KILMA NÃO CONSEGUIU FREAR A VELOCIDADE E ACABOU SE CHOcando NO CARRO. O CARRO FOI ACIONADO E LEVOU KILMA A UPA DE TIMBAUBA. O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO POSTERIORMENTE POR TARCISIO E CARRO ERA UM UNO PLACA MLX 3647.

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

KILMA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: 111111111



414304



3764

1002787/13

Boletim de Ocorrência

282 311

file:///C:/Users/Polícia Civil/Desktop/2017/09/22/BOLETOEPRVIOE.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA
DP45-CIR. 1 - 1ª DEPRASEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136001591

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/09/2017 às
14:13

Complemento o BO Número: 17E0136000598

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/3/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: PRAÇA DE TIMBAUBINHA -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 -
Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TARCISIO (AUTOR AGENTE)
EUAS MORAES DE OLIVEIRA (OUTRO)
NILMA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na peração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
NILMA MARIA DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
TARCISIO

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

NILMA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE
GASTÃO DA SILVA Per: JOSE SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1971
Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4033401/SSC/PE (RG).
30920775601 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Identificação Civil: 004534308

Residência: RUA JOSE SOUVEIRA BORBA, 185, TIMBAUBINHA, BAR DO BODE -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE

TARCISIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO

PERNAMBUCO / BRASIL

ELIAS MORAES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: M
Específico Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): ELIAS MORAES DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): KILMA MARIA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HPP99900 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 902953005 Chassi: 000HE123000000312
Ano Fabricação/Modelo: 2000/2000 Combustível: GASOLINA

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): TARCISIO, que estava em posse do(a) Sr(a): TARCISIO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOBIL/VIAT/UNO Objeto apreendido: NÃO
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MLX3047 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

KILMA MARIA DA SILVA INFORMA QUE NO DIA 10 DE MARÇO DE 2017 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA PLACA HPP 99900 PELA BRAGA DE TIMBAUBA, QUANDO AO SE APROXIMAR DE UM VEICULO QUE ESTAVA PARADO A SUA FRENTE, O MOTORISTA MUDOU DE FAIXA SEM AVISAR, KILMA NÃO CONSEGUIU FREIAR A TEMPO E ACABOU SE CHOcando NO CARRO. O CARRO FOI ACIONADO E LEVOU KILMA A UMA DE TIMBAUBA. O MOTORISTA FOI IDENTIFICADO POSTERIORMENTE POR TARCISIO E CARRO ERA UM UNO PLACA MLX 3047.

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

KILMA MARIA DA SILVA
(VIVIDA)

B.O. registrado por: LÚZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: 30420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Kilma Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.633.481 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.207.794-53 residente e domiciliado na Rua José Gouxia Borla, N. 385, Cidade Timbuituba, Estado Pernambuco, 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.

Kilma Maria da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbuituba, 30 de maio 2013

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Kilma Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.633.486 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.207.794-53 residente e domiciliado na Rua Frei Gonçalo, 130, N. 385, Cidade Timbautã, Estado Pernambuco, 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.

Kilma Maria da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbautã, 30 de maio 2013

Local e data

08 JUN 2013

Gente Seguradora



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Helma Maria da Silva, portador de carteira de identidade nº 4.633.481 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.203.990-53 residente e domiciliado na Rua José Gouveia Balsa N. 385 Cidade Timbóula Estado Pernambuco 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.

* Helma Maria da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbóula, 30 de maio 2013

Local e data

8 JUN 2013

Gente Seguradora

Date: 16/03/2016

Atendimento nº

Nº Prontuário

Nº Gm Familiar

1988

Complemento:

Telephone:

How:

Rubrica Servidor:

Assinatura do Paciente:

Assigned:

Classificação: 192.00

03 - ANAMNESE:

Estava mais tarde informado de a chegada de Jorge HAS e
Dr. Pimenta, retirando de colono moto-carrão e daí indo
de onde com guias de seu dom em ruínas danças. Em
tempo oportuno tentou logo pôde de encarnação, namorados,
Rafael e seus de nome e de família.

Glasgow

Ao exame = B.C. 1.0.7.5, supracard, pediculado, nonprocanado,
 caudal, acromioclavicular, cricoides, etc.
 A.C. 1.0.7.5 em A.H.T. em P.A. A.C. = R.C. em 2.7, B.C. 1.0.7.5
 A.B. 1.0.7.5 em P.A. N.
 Neurologia - Glasgow 15. Rigidez meníngea, vômitos e
 febre alta.

05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

AD = Acidic Matriculation

112 - Almond Walden

() Outros

ca 11 - - Observed

Hipótese do Diagnóstico:

- Linger lactate - 500ml, Eneo

Conduta:

() Medication

1. Общественное

Saida: Data/ Hora

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

REX ORPHAN

11 Aug

Médico: (Carimbo e Assinatura)

☐ Outra Unid. Urgência

() Especialidade

() Interação no Hospital

Dr. Emanuel Prop.
Medico
CRM-PE 8771
CRM-PE 2361

11 9 JUN 1971

65-5304

[illegible]

62-864

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KILMA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000009573-8

Nr. da Autenticação 53DE0BD99A0F6E63

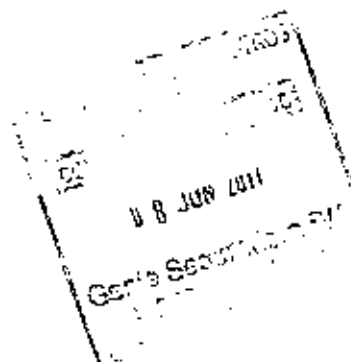
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kilma maria da SilvaRG nº 4.633.481, data de expedição 10/04/2012 Órgão SOSIPE

CPF nº 891.207.894-53 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 José Gama de Abreu</u>
Número	<u>385</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Timbaúba</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55840-000</u>
Telefone de Contato	<u>81/9-9216-2319 81/9-9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 30 de maio de 2017Assinatura do Declarante: Kilma maria da Silva

União Social de Energia Eletrônica - Criação pela Lei 10.438, de 16/04/02
CONTA FÍSICA - PESSOA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50040-000
 CNPJ: 10.836.959/0001-03 | Insc. Est. 0205963-3 | www.cesge.com.br

200-250-0000
www.southcoast.org

[illegible]

CPF 341 529 574-00

THESEALING UNIT IS AVAILABLE
TINSALB, SE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDÊNCIA
BARRA FERRADA COMISSÃO
NOMINADA

CONTE CONTATO: 0490636013 - MESIANO: 02/2017

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
001:03560	09/04	1003/2017

DATA DE RECEBIMENTO: 17/02/2017 DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO: 14/03/2017

APPROVED FOR 02/03/2017	BY DOD CLIENTS 2000027211	BY DOD MODERATORS 00000000
----------------------------	------------------------------	-------------------------------

TOTAL & PRIOR DEBT 123.00

DESIGNING A NEW FILING

	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo Água de 200 L/min	30,00000000	0,20455814	0,14
Consumo Água superior a 30 até 100 L/min	70,00000000	0,35134665	24,59
Consumo Água superior a 100 até 220 L/min	130,00000000	0,52733763	68,24
Consumo Água superior a 220 L/min	8,00000000	0,56550750	4,58
Contribuição RPPM de 200 L/min			22,18
Contribuição RPPM de 300 L/min			0,48
Multa por atraso de 00:37:30			1,38
Juros por atraso de 00:37:30			0,20

17.21. $\text{Pb} = 207.19$

133 DG

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE GASTOS FISCAIS

FISCAL YEAR	BUDGETED	ACTUAL		VARIANCE	PERCENTAGE	REMARKS
		Q1	Q2			
2010	100	100	100	0	100%	

අනුරාධපුරයේ දිව්‍යාලය



מחלקת המחקר והפיתוח

	Empty Oil Cabinets	%	Weight Average
	41,241	75.10%	
	98,985	18.36%	
1977	62,902	7.54%	

compensato da l'ordine

Leistung des Dienstorgans	W	31,67
Leistung des Mitarbeiters	W	1,45
Organisation des Dienstorgans	W	27,56
Struktur des Dienstorgans	W	1,73
Effizienz des Dienstorgans	W	1,81
Effektivität	W	21,70
Ergebnis	W	99,93

* 157 = 1.5 AFK 1000000

[illegible]

11-24-2020

1713. 3004 60 DE 10011. 0000 517 0' 42" 6' 42"

12F 5626C025 12F 097607C5

Foto: J. B. / Contrasto

44. 500 mg of the pure acid is
 45. 100 mg of the pure acid is
 46. 100 mg of the pure acid is
 47. 100 mg of the pure acid is
 48. 100 mg of the pure acid is
 49. 100 mg of the pure acid is
 50. 100 mg of the pure acid is

[illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana CavalcantiRG nº 9988638, data de expedição 10/02/2011, Órgão SDS/PE

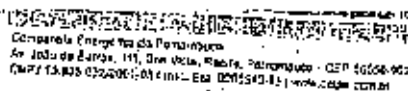
CPF nº 086.005.684-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Jose Tomilliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>02</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9-9543-3413 / (81)9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, fir no-me.

Local e Data: Buenos Aires, 30 de maio de 2019Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti

08.05.2011



RU-2 JOSE EMILIANO LA

CENTRO BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PF
5545-000

OUTROS SERVIÇOS DE TURISMO ATIVIDADES
MONTAÇÃO

2659845019 04/2017

007504731
 007504731
 007504731
 007504731

02/05/2017 25/05/2017

19.15

1. Deceased
 2. Deceased
 3. Deceased
 4. Deceased
 5. Deceased
 6. Deceased
 7. Deceased
 8. Deceased
 9. Deceased
 10. Deceased
 11. Deceased
 12. Deceased
 13. Deceased
 14. Deceased
 15. Deceased
 16. Deceased
 17. Deceased
 18. Deceased
 19. Deceased
 20. Deceased
 21. Deceased
 22. Deceased
 23. Deceased
 24. Deceased
 25. Deceased
 26. Deceased
 27. Deceased
 28. Deceased
 29. Deceased
 30. Deceased
 31. Deceased
 32. Deceased
 33. Deceased
 34. Deceased
 35. Deceased
 36. Deceased
 37. Deceased
 38. Deceased
 39. Deceased
 40. Deceased
 41. Deceased
 42. Deceased
 43. Deceased
 44. Deceased
 45. Deceased
 46. Deceased
 47. Deceased
 48. Deceased
 49. Deceased
 50. Deceased
 51. Deceased
 52. Deceased
 53. Deceased
 54. Deceased
 55. Deceased
 56. Deceased
 57. Deceased
 58. Deceased
 59. Deceased
 60. Deceased
 61. Deceased
 62. Deceased
 63. Deceased
 64. Deceased
 65. Deceased
 66. Deceased
 67. Deceased
 68. Deceased
 69. Deceased
 70. Deceased
 71. Deceased
 72. Deceased
 73. Deceased
 74. Deceased
 75. Deceased
 76. Deceased
 77. Deceased
 78. Deceased
 79. Deceased
 80. Deceased
 81. Deceased
 82. Deceased
 83. Deceased
 84. Deceased
 85. Deceased
 86. Deceased
 87. Deceased
 88. Deceased
 89. Deceased
 90. Deceased
 91. Deceased
 92. Deceased
 93. Deceased
 94. Deceased
 95. Deceased
 96. Deceased
 97. Deceased
 98. Deceased
 99. Deceased
 100. Deceased

DATE/TIME	PRECIP (IN)	WINDSPEED MPH	REL. HUM.
09.00.0000	0.5735642		16.12
			0.20
			0.07
			0.48
			0.14
			0.27

FINAL SALE

Nº DO MOTOR	1º DO PUNHAO	DATA	LEITURA	2º DO PUNHAO	DATA	LEITURA	3º DO PUNHAO	DATA	LEITURA	4º DO PUNHAO	DATA	LEITURA
4031/30	1.42	23 DE SET	2140.00	24-09-78	2320.00	12	2000.00	12	2000.00	12	2000.00	12

AGE GROUP	1970 (%)	1980 (%)	1990 (%)
0-14	31.00	27.24	24.00
15-64	57.24	57.24	57.24
65+	11.76	15.52	18.76

[illegible]

6 9 JUN 1944

Gates Security Group

DATE	NAME	AMOUNT	DATE	NAME	AMOUNT
10-10-71	JOHN J. JONES	10.00	10-10-71	JOHN J. JONES	10.00
10-11-71	JOHN J. JONES	10.00	10-11-71	JOHN J. JONES	10.00
10-12-71	JOHN J. JONES	10.00	10-12-71	JOHN J. JONES	10.00
10-13-71	JOHN J. JONES	10.00	10-13-71	JOHN J. JONES	10.00
10-14-71	JOHN J. JONES	10.00	10-14-71	JOHN J. JONES	10.00
10-15-71	JOHN J. JONES	10.00	10-15-71	JOHN J. JONES	10.00
10-16-71	JOHN J. JONES	10.00	10-16-71	JOHN J. JONES	10.00
10-17-71	JOHN J. JONES	10.00	10-17-71	JOHN J. JONES	10.00
10-18-71	JOHN J. JONES	10.00	10-18-71	JOHN J. JONES	10.00
10-19-71	JOHN J. JONES	10.00	10-19-71	JOHN J. JONES	10.00
10-20-71	JOHN J. JONES	10.00	10-20-71	JOHN J. JONES	10.00
10-21-71	JOHN J. JONES	10.00	10-21-71	JOHN J. JONES	10.00
10-22-71	JOHN J. JONES	10.00	10-22-71	JOHN J. JONES	10.00
10-23-71	JOHN J. JONES	10.00	10-23-71	JOHN J. JONES	10.00
10-24-71	JOHN J. JONES	10.00	10-24-71	JOHN J. JONES	10.00
10-25-71	JOHN J. JONES	10.00	10-25-71	JOHN J. JONES	10.00
10-26-71	JOHN J. JONES	10.00	10-26-71	JOHN J. JONES	10.00
10-27-71	JOHN J. JONES	10.00	10-27-71	JOHN J. JONES	10.00
10-28-71	JOHN J. JONES	10.00	10-28-71	JOHN J. JONES	10.00
10-29-71	JOHN J. JONES	10.00	10-29-71	JOHN J. JONES	10.00
10-30-71	JOHN J. JONES	10.00	10-30-71	JOHN J. JONES	10.00
10-31-71	JOHN J. JONES	10.00	10-31-71	JOHN J. JONES	10.00

CONTRATO: 63680000000-3 19230011002-0 65984501910-2 07973300533-5
 DATA DE RECEBIMENTO: 02/05/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$): 19.230,00



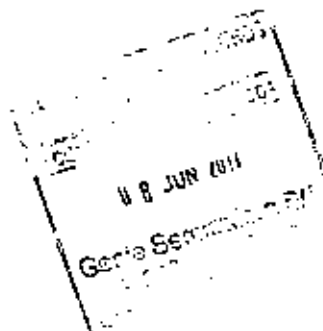
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kilma Maria da SilvaRG nº 4.633.481, data de expedição 10/04/2012 Órgão SSC/PE

CPF nº 891.209.994-53 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 Frei Gonçalo Barboza</u>
Número	<u>385</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Timbaúba</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55840-000</u>
Telefone de Contato	<u>81/9-9216-2319 81/9-9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbaúba, 30 de maio de 2012Assinatura do Declarante: Kilma Maria da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Kilma Maria da Silva
RG nº 4.633.481, data de expedição 10/04/2012 Órgão SSRPE

CPF nº 891.209.994-53 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 José Gama de Brito</u>
Número	<u>385</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Imbuizinho</u>
Cidade	<u>Imbuizinho</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55840-000</u>
Telefone de Contato	<u>81/9-9216-2319 81/9-9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Imbuizinho, 30 de maio de 2013

Assinatura do Declarante: Kilma Maria da Silva



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica -
COMERCIAL
Atendimento ao deficiente auditivo ou
Agência de Regulação dos Serviços Públicos
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Grat
Agência Nacional de E
187-Ligação Gratuita de t

DADOS DO CLIENTE JOSE SOARES DA SILVA CPF: 341.528.574-04	DATA DE VENCIMENTO 21/09/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/09/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 13/09/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001318021	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE GOUVEIA BORBA 385 TIMBAUBINHA/TIMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA PE	RESERVADO AO FISCO 6EAD.4777.C871.20D3.7837.0A45.978A.BFB3		

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17036803	5,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	21,00	0,43808351	9,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,53
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24
Contribuição Iluminação Pública			14,22
Multa por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,81
Juros por atraso-NF 001290411 - 14/08/17			0,12
TOTAL DA FATURA			51,76

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	0,00	36,61	0,64
COFINS		VALOR DO IMPOSTO	
35,61	3,00	1,09	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
DESCRIÇÃO	RS	%	
Geração de Energia	15,05	41,10	
Transmissão	1,43	3,85	
Distribuição (Celpe)	11,77	32,19	
Energias Soterais	3,60	9,58	
Tributos	9,33	2,61	
TOTAL	35,61	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		OP	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS					
F11584	CAT	14/09/2017	7.826,00	13/09/2017	8.049,00	30	1,00000	0,00	121,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/10/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO
per 2017		
QCE-Não-hora com Energia	TIMBAUBA	0,00
QCE-Não-voz com Energia		0,00
QCE-Duração máxima da interrupção em horas		0,00
QCE-Duração da interrupção em dias úteis		
ELSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,84		

11 OUT 2017

1 de 2
ECONOMIA S/A
13/09/2017

11/10/2017 15:01



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti

RG nº 9988638, data de expedição 10/02/2011, Órgão SDS / DE

CPF nº 086.005.654-80, 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 José Tomiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>02 -</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, fir no-me.

Local e Data: Buenos Aires, 30 de maio de 2019

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti

19.05.2019



Centro de Seguro Social
Caja Costarricense de Seguro Social
Calle 10 de Agosto, 10, San José, Costa Rica, 10101-1000
Tel: (506) 2220-1000 Fax: (506) 2220-1001

SEVEN CARPASA DE FOLIOS

RUA JOSE CARLOS L. A.

C.P. 010 250 D.A. 1

CENTRO SEGUROS ASES
BENEDICTO ASES PE.
5545-080

CONTRATO
010 250 D.A. 1
010 250 D.A. 1

2659845019
04/2017
02/05/2017
29/05/2017
19/3

CONTRATO
010 250 D.A. 1
010 250 D.A. 1

CONTRATO
010 250 D.A. 1
010 250 D.A. 1

CONTRATO	VALOR (C.R.)	VALOR (C.R.)
2659845019	0.2773547	16.17
04/2017		0.20
02/05/2017		0.07
29/05/2017		1.48
19/3		0.31

TOTAL DATOS

CONTRATO	VALOR (C.R.)	VALOR (C.R.)
2659845019	0.2773547	16.17
04/2017		0.20
02/05/2017		0.07
29/05/2017		1.48
19/3		0.31

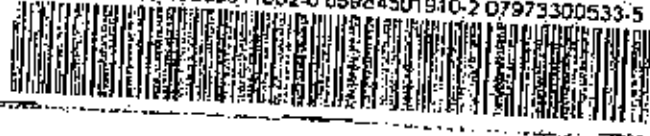
CONTRATO	VALOR (C.R.)	VALOR (C.R.)
2659845019	0.2773547	16.17
04/2017		0.20
02/05/2017		0.07
29/05/2017		1.48
19/3		0.31

CONTRATO
010 250 D.A. 1
010 250 D.A. 1

9 JUN 2017
Caja Seguros S.A.
San José, Costa Rica

CONTRATO	VALOR (C.R.)	VALOR (C.R.)
2659845019	0.2773547	16.17
04/2017		0.20
02/05/2017		0.07
29/05/2017		1.48
19/3		0.31

CONTRATO
010 250 D.A. 1
010 250 D.A. 1





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kilma Maria da Silva
RG nº 4.633.481 data de expedição 10/04/2002 Órgão SCIPRE

CPF nº 891.203.994-53 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 José Genesio Barbosa</u>
Número	<u>385</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>Tramandua</u>
Cidade	<u>Tramandua</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55440-000</u>
Telefone de Contato	<u>81 9.9216-2319 / 81 9.9543-3418</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Tramandua, 30 de maio de 2012

Assinatura do Declarante: Kilma Maria da Silva





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana CavalcantiRG nº 9.886.38 data de expedição 10/02/2014 Órgão SDS/PE

CPF nº 086.005.654-50, 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 José Amílcar</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>Co -</u>
Bairro	<u>Centear</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>95845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2819</u>
E-mail	

Por ser verdade, fir no-me

Local e Data: Buenos Aires, 30 de maio de 2019Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti

Arcelino CONSTITUÍDO EM 1964
Associação de Pais e Professores
Associação de Pais e Professores
Associação de Pais e Professores

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

2017 01 30 04:37

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 SECRETARIA DE EDUCAÇÃO



10030-
Boleto de Seguro

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti portador(a) do

RG nº 9988638, expedido por SDS/PE, em

10 / 02 / 2014, CPF/CNPJ nº 066.005.684-80

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Kilma

Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza SEQUELRA PERMANENTE

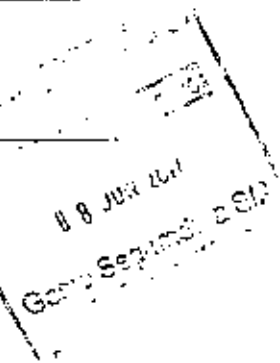
da vítima Kilma Maria da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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, Rafaela Maria de Santana Carvalcant portador(a) do

RG nº 9988638, expedido por SDS/PE, em

10/02/2014 CPF/CNPJ nº 066.005.684-80

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Kilma

Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Qualquer Permeável

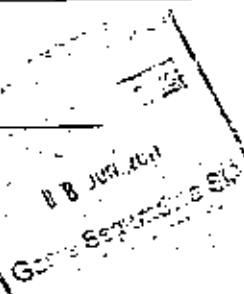
da vítima Kilma Maria da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12 declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso

Rafaela Maria de S. Carvalcant
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





0090

SUSEP

Identificação para...

0090

Data de Emissão

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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, Roberta Maria de S. Carvalho, portador(a) do

RG nº 9968638, expedido por SDS/RE, em

10/02/2014, CPF/CNPJ nº 066.005.684-80

na qualidade de procurador(a) intermediário(a) do beneficiário(a) Kilma

Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Acidente Pessoal

da vítima Kilma Maria da Silva, e conforme

determinação de Circular SUSEP nº 445/12 declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Roberta Maria de S. Carvalho
ASSINATURA - PROCURADOR INTERMEDIÁRIO

03/10/2013 13:09:12

Declaração do Proprietário do Veículo



0031

Impresso

Eu, Elías moraes de oliveira,

RG nº 4300.503, data de expedição 16/04/1998,

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 823 206 364 PZ, com

domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de

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

Rua Arlindo Rodrigues Silva, nº 509,

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

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

vítima Adma maria da silva, cujo o condutor era

Veículo: moto

Modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125

Ano: 2009

Placa: KW 67709

Chassi: SC066122090080309

Data do Acidente: 16-03-2017

Local e Data: _____

* Elías moraes de Oliveira

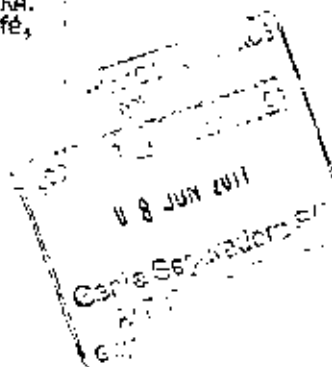
Assinatura do Declarante

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



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ELIAS MORAES DE OLIVEIRA.
Timbaúba/PE, 09/05/2017 14:29:17, o referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: 4,27 - REC25322-4

Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730..JUD04201701.00941
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elias Moraes de Oliveira,
 RG nº 4.300.503, data de expedição 16.12.1998,
 Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 823.206.364-PE com
 domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Arlindo Rodrigues Silva, nº 508,
 complemento Rosari, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Adma Maria de Silva, cujo o condutor era

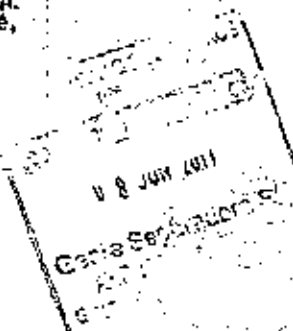
Veículo: moto
 Modelo: YAMAHA FACTOR YBR 125
 Ano: 2009
 Placa: KW 6709
 Chassi: 90666122090080308
 Data do Acidente: 16-03-2017
 Local e Data: _____

* Elias Moraes de Oliveira
 Assinatura do Declarante

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

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba
 TAC (TOMATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS)
 Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ELIAS MORAES DE OLIVEIRA,
 Timbaúba/PE, 09/03/2017 14:29:17, é verdade. Dou fé,
 Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,27 - RC25322-4

Farta Danielle da Silva - Escrevente
 Selo digital: 0130730..R004201701.00941
 Consulta a autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elías Hernandes de Oliveira

RG nº 62.240.503 data de expedição 16/05/1958

Orgão SSP-PE portador do CPF nº 823.106.369-PE com

domicílio na cidade de Timbóla no Estado de

Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Arlindo Rodrigues Alves nº 508

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

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

vítima Adriana Maria da Silva cujo o condutor era

Veículo: moto

Modelo: YAMAHA FAO FOL Y 92 125 K

Ano: 2009

Placa: WWE 7709

Chassi: 9C6K6122090080303

Data do Acidente: 16-03-2017

Local e Data: 16/03/2017

Elías Hernandes de Oliveira

Assinatura do Declarante

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

2º Serviço Notarial e Registral de Timbóla - 22031/17
RECONHECIMENTO DE NOTAS E REGISTROS DE PROTESTOS
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ELIAS HERNANDES DE OLIVEIRA
Timbóla/PE, 09/05/2017 14:29:17, no referido, e verdade. Doc. nº:
Empenhos: R\$ 3,49 TSM: R\$ 0,78 Total: 4,26. -R25322-4

Farta Danjelle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730.000420101.00941
Consulta a autenticidade em: am.tjpe.jus.br/selodigital

09 JUN 2017

Carta de Serviço