



VALOR EM TUDO
 O TREINTO E CINCO
 1421884961



NOME
ADRYANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
 RG IDENTIFICADORA EMISSOR/UF
 4810389 PER PE
 DATA NASCIMENTO
 25/07/1974
 FILIAÇÃO
 JOSE GOMES DE MOURA
 LOMARTE FERREIRA DE MOURA
 ENDEREÇO
 RUA
 Nº
 CEP
 CIDADE
 UF
 DATA EMISSÃO
 17/06/2002

PROIBIDO PLASMEAR
 1421884961



DATA EMISSÃO
 10/04/2017
 53208735000
 F0078660228

PERNAMBUCO

DETALE Nº 014960013590

CERTIFICADO DE REGISTRO EUGENIO AUGUSTO DE VILHOS

1 000425-000 1.000425-000 2014

JOSE ANTONIO DE VILHOS

F. C. CAPISARIAS-PE

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

DETALE Nº 014960013590

CERTIFICADO DE REGISTRO EUGENIO AUGUSTO DE VILHOS

1 000425-000 1.000425-000 2014

JOSE ANTONIO DE VILHOS

F. C. CAPISARIAS-PE

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

000 500 204-00 1.000425-000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110354/20

Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

CPF: 103.045.134-66

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/01/2020

Titular do CPF: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROSAEL NORONHA DE OLIVEIRA : 103.045.134-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/04/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141479 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 4_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/6_EXAME DE IMAGEM.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141479 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 4_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/6_EXAME DE IMAGEM.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, E APRESENTAR AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG- 8847747 SDS/PE CPF:103.045.134-66
DATA DO ACIDENTE:07/01/2020
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA - QD-A , Nº 91, LOTTO- ARMANDO ALEIXO,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 30 DE JANEIRO DE 2020.



x Rosael Noronha de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO	Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA Av. Theodoro Aguiar, 174 - Centro Santa Cruz do Capibaribe, PE - CEP: 55011-000
Reconheço por AUTENTICIDADE a Firma(s) de: (1) Rosael Noronha de Oliveira, Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 30/01/2020, 10:57 - Total: 5,06. Em Testemunho da verdade.	
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrevente Sel(s) 2159467.LRJ12201902.01220	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110354/20

Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

CPF: 103.045.134-66

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/01/2020

Titular do CPF: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROSAEL NORONHA DE OLIVEIRA : 103.045.134-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/04/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141479

Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141479

Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004758

Conta: 0000013516-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

103.045.134-66

4 - Nome completo da vítima:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

REC. JOF

8 - Endereço:

RUA AD-A

6 - CPF:

103.045.134-66

11 - Bairro:

ARMANDO ALEIXO

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

9 - Número:

91

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4758

CONTA: 13516

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informado, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (filhos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem, e prova em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218000347

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/01/2020 às 16:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/1/2020 às 20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DA ENTRADA DE "MARIA CAPUCHU" - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE AMARO DA SILVA (OUTRO)
ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**

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

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA Pai: FRANCISCO NORONHA FILHO Data de Nascimento: 9/9/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8847747/SDS/PE (RG), 10304513466 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 989243399

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA DO AMOR, 49, JACANÃ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PÚBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE AMARO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE AMARO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**
Placa: **NJO4124** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **889449953** Chassi: **9C2JC30706R893891**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

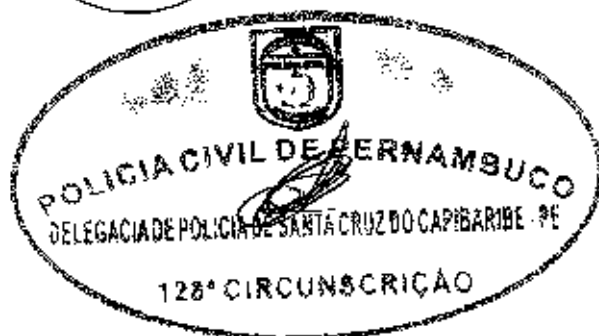
Complemento / Observação

A VITIMA EM SUAS DECLARAÇÕES AFIRMA QUE NO DIA 07 DE JANEIRO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 20:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DO SEU CUNHADO E QUANDO ESTAVA VOLTANDO DE UMA FESTA EM DIREÇÃO DA SUA CASA, PELA RODOVIA PE-160, E NAS IMEDIAÇÕES DA CURVA DA ENTRADA DE "MARIA CAPUCHU", UM CACHORRO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, FAZENDO COM QUE A VITIMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAM NO ASFALTO, FICANDO FERIDO NO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Rosiael Noronha de Oliveira
ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** Matrícula: **3848779**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

103.045.134-66

4 - Nome completo da vítima:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

REC. JOF

8 - Endereço:

RUA AD-A

6 - CPF:

103.045.134-66

11 - Bairro:

ARMANDO ALEIXO

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

9 - Número:

91

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4758

CONTA: 13516

4

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (filhos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem, e prova em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10/02/2020

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000013516-4

Nr. da Autenticação 4BC2693487AAC0B9



Lei nº 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 219 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 51050-400
CNPJ 10.836.832/0001-00 | fone: 0800-943-943 | www.celpe.com.br

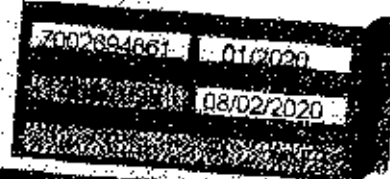
DADOS DO CLIENTE
ROZIMAR ACRONHA DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
OD A 9:

CPF: 051.919.934-63 NIS: 76605225549

LOTIC ARMANDO ALEIXO SANTA CRUZ DO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55100-000

CLASSIFICAÇÃO
B: RESIDENCIAL
BARRA PENDINGA COM NIS
Mocófixo



08/02/2020 UNICA 1505/2020
TME 10029 300271696 2426724

Descrição	Quantidade	Preço Unit.	Valor (R\$)
Consumo TUSD até 30 kWh	30,000000	0,15645748	4,69
Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,28862708	20,20
Consumo TUSD superior a 100 até 220 kWh	70,000000	0,35043082	24,53
Consumo TUSD superior a 220 kWh	80,000000	0,42588530	34,07
Consumo TE superior a 100 até 220 kWh	70,000000	0,12588530	8,81
Artesiano Bandeira AMARELA	70,000000	0,32785082	22,91
Código Anti-Furto Municipal			2,00
ICMS Subvenção CDE-Nº 08468870-12/11/18			15,74
ICMS Subvenção Zélex Resoa			1,00
PRO-CRANQA-UR/13412-99905203 C61-9333			1,18
			1,50

TOTAL DA FATURA

108,97

Nº DO	TIPO DA	ABRIGADO	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO
00000000	FATURA	100	11-01-2020	13 715,00	20	1,00000		170,00

PERÍODO	DATA	ABRIGADO	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO
01/01/2020	01/01/2020	100	01/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/01/2020	02/01/2020	100	02/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/01/2020	03/01/2020	100	03/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/01/2020	04/01/2020	100	04/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/01/2020	05/01/2020	100	05/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/01/2020	06/01/2020	100	06/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/01/2020	07/01/2020	100	07/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/01/2020	08/01/2020	100	08/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/01/2020	09/01/2020	100	09/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/01/2020	10/01/2020	100	10/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/01/2020	11/01/2020	100	11/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/01/2020	12/01/2020	100	12/01/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/02/2020	01/02/2020	100	01/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/02/2020	02/02/2020	100	02/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/02/2020	03/02/2020	100	03/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/02/2020	04/02/2020	100	04/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/02/2020	05/02/2020	100	05/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/02/2020	06/02/2020	100	06/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/02/2020	07/02/2020	100	07/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/02/2020	08/02/2020	100	08/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/02/2020	09/02/2020	100	09/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/02/2020	10/02/2020	100	10/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/02/2020	11/02/2020	100	11/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/02/2020	12/02/2020	100	12/02/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/03/2020	01/03/2020	100	01/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/03/2020	02/03/2020	100	02/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/03/2020	03/03/2020	100	03/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/03/2020	04/03/2020	100	04/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/03/2020	05/03/2020	100	05/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/03/2020	06/03/2020	100	06/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/03/2020	07/03/2020	100	07/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/03/2020	08/03/2020	100	08/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/03/2020	09/03/2020	100	09/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/03/2020	10/03/2020	100	10/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/03/2020	11/03/2020	100	11/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/03/2020	12/03/2020	100	12/03/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/04/2020	01/04/2020	100	01/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/04/2020	02/04/2020	100	02/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/04/2020	03/04/2020	100	03/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/04/2020	04/04/2020	100	04/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/04/2020	05/04/2020	100	05/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/04/2020	06/04/2020	100	06/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/04/2020	07/04/2020	100	07/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/04/2020	08/04/2020	100	08/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/04/2020	09/04/2020	100	09/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/04/2020	10/04/2020	100	10/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/04/2020	11/04/2020	100	11/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/04/2020	12/04/2020	100	12/04/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/05/2020	01/05/2020	100	01/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/05/2020	02/05/2020	100	02/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/05/2020	03/05/2020	100	03/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/05/2020	04/05/2020	100	04/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/05/2020	05/05/2020	100	05/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/05/2020	06/05/2020	100	06/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/05/2020	07/05/2020	100	07/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/05/2020	08/05/2020	100	08/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/05/2020	09/05/2020	100	09/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/05/2020	10/05/2020	100	10/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/05/2020	11/05/2020	100	11/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/05/2020	12/05/2020	100	12/05/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/06/2020	01/06/2020	100	01/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/06/2020	02/06/2020	100	02/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/06/2020	03/06/2020	100	03/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/06/2020	04/06/2020	100	04/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/06/2020	05/06/2020	100	05/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/06/2020	06/06/2020	100	06/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/06/2020	07/06/2020	100	07/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/06/2020	08/06/2020	100	08/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/06/2020	09/06/2020	100	09/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/06/2020	10/06/2020	100	10/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/06/2020	11/06/2020	100	11/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/06/2020	12/06/2020	100	12/06/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/07/2020	01/07/2020	100	01/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/07/2020	02/07/2020	100	02/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/07/2020	03/07/2020	100	03/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/07/2020	04/07/2020	100	04/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/07/2020	05/07/2020	100	05/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/07/2020	06/07/2020	100	06/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/07/2020	07/07/2020	100	07/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/07/2020	08/07/2020	100	08/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/07/2020	09/07/2020	100	09/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/07/2020	10/07/2020	100	10/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/07/2020	11/07/2020	100	11/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/07/2020	12/07/2020	100	12/07/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/08/2020	01/08/2020	100	01/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/08/2020	02/08/2020	100	02/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/08/2020	03/08/2020	100	03/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/08/2020	04/08/2020	100	04/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/08/2020	05/08/2020	100	05/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/08/2020	06/08/2020	100	06/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/08/2020	07/08/2020	100	07/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/08/2020	08/08/2020	100	08/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/08/2020	09/08/2020	100	09/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
10/08/2020	10/08/2020	100	10/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
11/08/2020	11/08/2020	100	11/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
12/08/2020	12/08/2020	100	12/08/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
01/09/2020	01/09/2020	100	01/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
02/09/2020	02/09/2020	100	02/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
03/09/2020	03/09/2020	100	03/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
04/09/2020	04/09/2020	100	04/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
05/09/2020	05/09/2020	100	05/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
06/09/2020	06/09/2020	100	06/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
07/09/2020	07/09/2020	100	07/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
08/09/2020	08/09/2020	100	08/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00
09/09/2020	09/09/2020	100	09/09/2020	13 715,00	20	1,00000		170,00



CELPE

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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50150-002
CNPJ: 13.835.932/0001-01 | Ins. Est. 0805943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

AURIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSEMIRO ALVES RODRIGUES

CPF: 945.254.444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 7008475460
079984171 UNICA 08/10/2019

ABREVIATURA 08/10/2019
TIPO DO CLIENTE 2011-88028
CNPJ DA UNIDADE 3423002

CONSUMO (KWh)	7008475460	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,62	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	59,000000	0,87089362	47,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,62
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Supr. Energia - CDE-NF 072300654-06/08/19			0,80
TOTAL DA FATURA			53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWh)
319029771	CAT	05/09/2019	252,00	08/10/2019	311,00	33	1,07003	59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano José Soares de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosival Noronha de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.045.134 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura sem valor de da Vítima Rosival Noronha de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.045.134 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Raimundo Alves da Rocha</u>		Número: <u>03</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Santa Cruz do Capibaribe</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55192-305</u>
Telefone comercial (DDD): <u>81-99200-1998</u>		Telefone celular (DDD): <u>81-99161-3907</u>	

Santa Cruz, 10 de Fevereiro de 2020
do Capibaribe Local e Data

Adriano José Soares de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA** nascido em 09/09/1991 esteve nesta unidade hospitalar no dia 07/01/2020 por volta das **20h28min.** Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 23 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

SALA AMARELA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.615/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5934 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0304441 07/01/2020 20:28:18

Paciente: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Sexo: M

D. Nasc.: 09/09/1991

RG:

Profissão: OUTROS

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO NORONHA FILHO

Endereço: R= DO AMOR

Bairro: JAÇANÃ

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0081087

SUS: 706206003175267

Idade: 27 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone: 9 85906416

Pressão Arterial: 100 x 60

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Dor + inchaço no tornozelo @ após queda de moto
Nessa TCE

Exame Físico:

CÓPIA AUTORIZADA

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Voltar em
Rx tornozelo @ 1 P @

Liberação do Paciente: Data: 1/1 Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

CP: Avaliação de hemetk a
MPA- 5855278

Angela Mendonça
MÉDICA
CRM-PE 11387
CONCRETO

Angela Mendonça
MÉDICA
CRM-PE 11387
CONCRETO

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 20.12.

Doenças preexistentes:

Alergias:

Uso de medicações:

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC<50>140 (); FR>32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS<80mmhg (); PAD>130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD>130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de Hematêmese (); Enterorragia (); Epístaxe (); Acidente perfuro/cortante c/ material biológico ();

OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS:

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Wanderlan Silva
CRM-PE 891.394-890

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

An 03:45. Paciente queixando-se de dor intensa.

60 - 10 Tramal 100 mg/ol 100mg
r 4:04 100 mg SFA 97. 20.

Silvia Teresa de Lima
Enfermeira
COREN-PE 889.794

Sergio Pereira
Médico
CRM-PE 23440



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Basile Noronha do Carmo

LAUDO MÉDICO

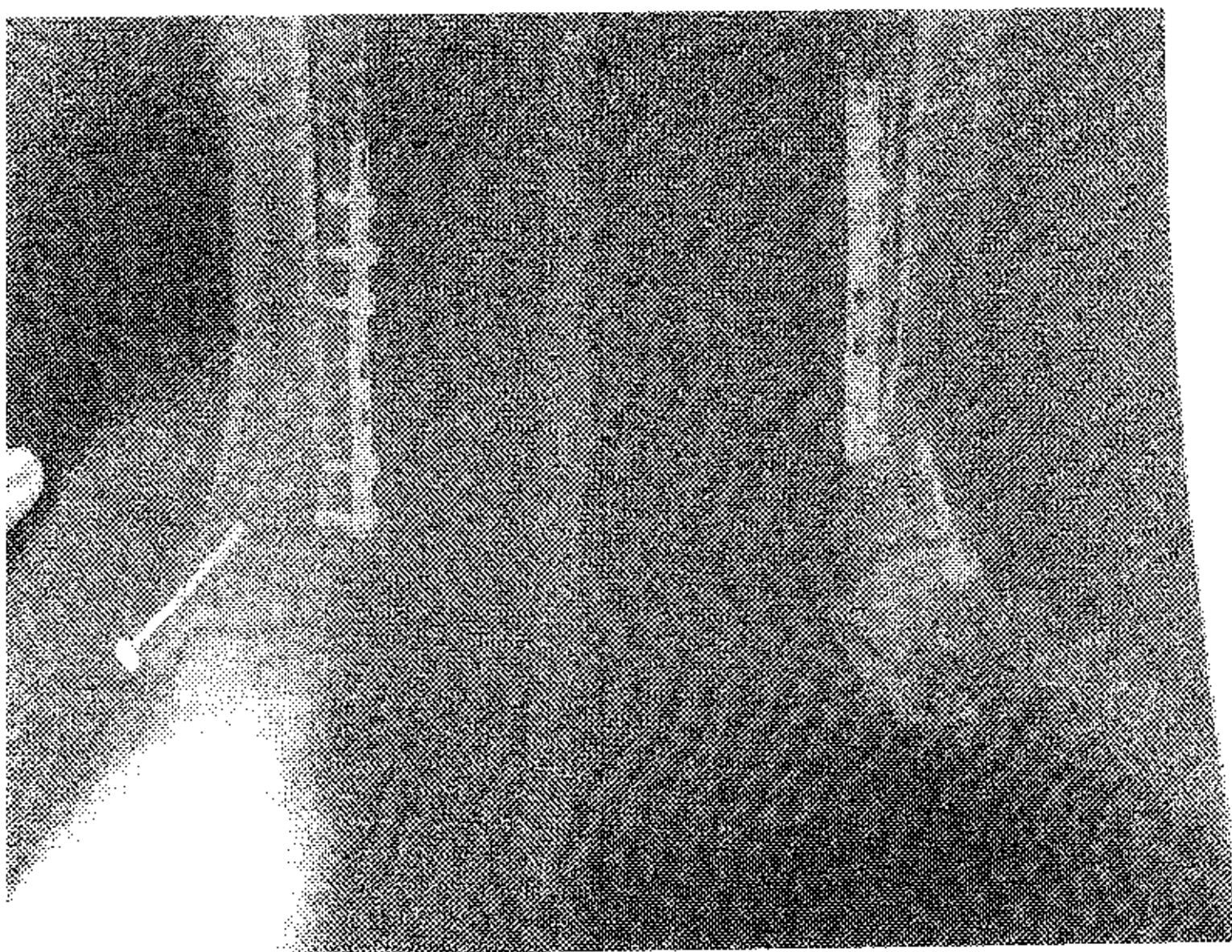
O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do bímelo (S) CID-10: S82, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 10, 11, 20. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 06, 02, 20

Dr. Ricardo Mendes
CRM: 10.100/0
Rég. Prof. 10.100/0





VALID EN TODOS
LOS TERRITORIOS NACIONALES

1933795802



ROSAIRIS MONTEIRO DE OLIVEIRA	
CPF: 000.000.000-00	
CPF: 000.000.000-00	DATA: 09/09/1993
FRANCISCO MONTEIRO FILHO	
MARIA DE LOURDES OLIVEIRA	
Cidade: ...	
Estado: ...	
Data: ...	

PROVIDO ELÉTRICAMENTE

1933795812



BANCA CDS DO CARPENTARIA	
DATA: 12/12/1993	
Cidade: ...	
Estado: ...	
Data: ...	
PERNAMBUCO	