
Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FABIO PEREIRA LEAL

Nº Sinistro: 3180183061

Vitima: PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL

Data do Acidente: 11/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183061**.

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 12715845



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO PEREIRA LEAL**

Sinistro: **3180183061**
Vítima: **PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL**
Data do Acidente: **11/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

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 3180183061** 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, 17 de Maio de 2018

Carta nº: 12816362

A/C: FABIO PEREIRA LEAL

Nº Sinistro: 3180183061
Vítima: PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL
Data do Acidente: 11/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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: **FABIO PEREIRA LEAL**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003491**

Conta: **000006942-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



DH

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175
RECIFE ANTIGO
RECIFE-PE
50.030.000

DH

AC - SERRA TALHADA/PE
11.12.2017
DR - PE

AC - SERRA TALHADA/PE
11.12.2017
DR - PE

FC0028/08
Peso (kg) 1,044

AR
 MP

Correios

SEDEX

DY 10492020 5 BR



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.900.000

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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 328.487.744-28	Nome completo da vítima Pedro Rickelme da Silva Leal
---------------------------	---------------------------------	---

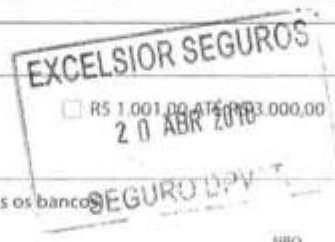
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Fábio Pereira Leal	CPF titular da conta 072.929.52496	Profissão Agricultor
Endereço R: João Cipriano Freire	Número 391	Complemento CS
Bairro Centro	Cidade Itacuruba	CEP 56430-000
Email	Estado PE	Telefone (DDD) 9634-4907

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA
 ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00



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

BRADESCO (237)
 BANCO DO BRASIL (001)
 ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3493	D/V	CONTA NRO. 6942	D/V 7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)	

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

Serra Talhada de 03 de 2018



X _____
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



0143171/13



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 192ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITACURUBA -
DP192ªCIRC DINTER2/22ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0282000010

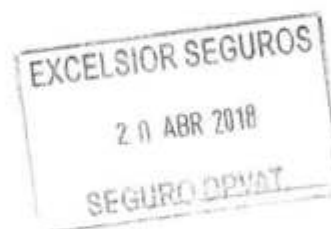
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/03/2018** às **11:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **11/2/2018** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITACURUBA, 1** - Bairro: **CENTRO**
- **ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ERINALDA DAS NEVES SILVA (NOTICIANTE)
BRUNA LEAL DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
EDICLAUDIA FRANCISCA DA SILVA (TESTEMUNHA)
PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

ERINALDA DAS NEVES SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
EROTIDES CECILIA DAS NEVES SILVA Pai: **ARNALDO PEDRO DA SILVA** Data de
Nascimento: **3/1/1986** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
7786431/SDS/PE (RG), 07268388486 (CPF) Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: **1º**
GRAU COMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87988231246**

Endereço Residencial: **RUA JOAO CIPRIANO FREIRE, 391 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -
ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ERINALDA DAS NEVES SILVA Pai: **FABIO PEREIRA LEAL** Data de Nascimento: **29/6/2007**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10124692/SDS/PE**
(RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA JOAO CIPRIANO FREIRE, 391 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -
ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: . Pai: . Data de
Nascimento: **1/1/1970** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

BRUNA LEAL DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA LEAL Pai: CICERO MIGUEL DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/12/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10356748406 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA MAJOR RUFINO GOMES DE SA, 23 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ITACURUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

EDICLAUDIA FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: FRANCISCA CLARA DA CONCEIÇÃO Pai: PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 29/3/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7566357/SDS/PE (RG) Estado Civil: SEPARADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA BROS**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, ERINALDA DAS NEVES SILVA, PARA NOTICIAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE OCORREU COM SEU FILHO, PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL, O QUAL TEM DEZ ANOS DE IDADE. DE ACORDO O RELATO DA NOTICIANTE SEU FILHO TRANSITAVA DE BICICLETA NA AVENIDA PRINCIPAL DESTA CIDADE DE ITACURUBA, QUE INESPERADAMENTE FOI ATINGIDO POR UMA MOTOCICLETA BROS. PEDRO RICKELME FOI SOCORRIDO POR SUA TIA, BRUNA LEAL DOS SANTOS, PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, NO DIA SEGUINTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE FLORESTA E DEZ DIAS APÓS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL HOSPAM NA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. ERINALDA INFORMA QUE PEDRO RICKELME SOFREU UMA FRATURA NA MÃO DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

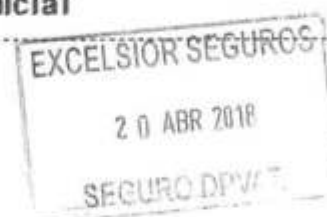
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Erinalda das Neves Silva

**ERINALDA DAS NEVES SILVA
(NOTICIANTE)**

**PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL
(VITIMA)**

**EDICLAUDIA FRANCISCA DA SILVA
(TESTEMUNHA)**



B.O. registrado por: **CARLOS FRANCISCO LAUREANO ALVES** - Matrícula: **319642-9**

[Handwritten signature]

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Pedro Rickelme da Silva Leal CPF da Vítima: 328.487.744-28 Data do Acidente: 31/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Fabio Pereira Leal CPF do Representante legal: 072.929.524-96
Email: _____ Telefone (DDD): _____

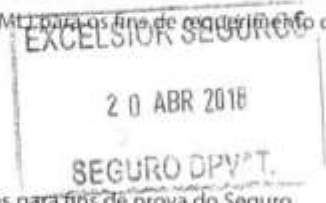
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Serra Talhada, 22 de 03 de 2018

Local e Data



X _____
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Fabio Pereira Leal
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE
COMARCA DE BELÉM



PERNAMBUCO
DO SÃO FRANCISCO



ANOREG-PE

ATO GRATUITO

AMB 074795

Distrito de Itacuruba — Município de Itacuruba — Pernambuco

Cartório Único do Registro Civil e de Casamentos

WLANDIMAR LOPES DE LIMA

Oficial Titular do Registro Civil

Certidão de Nascimento N° 4.810

Wlandimar Lopes de Lima Oficial do Cartório do Registro Civil de Itacuruba — PE
Termo Judiciário da Comarca de Belém do São Francisco — PE

CERTIFICO que, às fls 174V, do livro n° A-14, de Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de PEDRO RICHELME DA SILVA LEAL

nascido aos Vinte e Nove de Junho do ano de Dois Mil e Sete.
29/06/2007. às 00:00 horas e 40 minutos, em Maternidade
Ana Carolina Ferraz, em Floresta-PE.

do sexo Masculino

filho de Fábio Pereira Leal

natural de Pernambuco

e de Dona Erinalda das Neves Silva

natural de Pernambuco

Sendo avós paternos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
e Dona Maria da Conceição Pereira Leal
e Avós Maternos Arnaldo Pedro da Silva
e Dona Erotides Cecilia das Neves Silva
Foi declarante Os genitores
e servirão de testemunhas Nesivaldo Luis da Silva
e Fabiana Alba da Silva Oliveira

Observações: 1ª Via.

EXCELSIOR SEGUROS

20 ABR 2018

SEGURO CIVIL

O referido é verdade e dou fé.

Itacuruba-PE

16

de

Julho

de

2007.

Wlandimar Lopes de Lima
Oficial do Registro Civil
Itacuruba-PE

Oficial do Registro Civil

UNIDADE MISTA MANOEL NOVAES

Data: 11/02/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº Ocorrência: _____

Hora Chegada: 19:10

Hora Saída: 19:50

Setor: Ambulatório

Nome: Pedro Pires de Silva de Al

Data Nasco: 29/06/97 Idade: 10 Sexo: M F Cor: Preta Profissão: _____

CNS: 898003461043364 Telefone: _____ Estado Civil: Menor

Endereço: Rua João Cipriano Perui Bairro: Centro Cidade: Itacumbira

Grau de Instrução: Analfabeto 1º Grau 2º Grau Superior

Responsável: Esmalda das Neves Silva

Trazido por Acompanhante: _____

Paciente chegou ao serviço: Andando Maca Cadeira de Rodas Ambulância Auto Outros

Funcionário: _____

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel ônibus Moto Outros Qual? _____ Ignorado

Fator de Proteção: Cinto/Capacete Sim Não Ignorado

Moto: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Qual? _____ Ignorado

Indo/Voltando do Trabalho: Sim Não Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Qual? _____ Ignorado

Local de Orgão: _____ Trabalho / End: _____ Ignorado

OUTRO TIPO ACIDENTE

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimaduras Choque Elétrico Ignorado Outro

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Qual? _____ Ignorado

Modo: Assalto Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Qual? _____ Ignorado

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

Por: Arma de Fogo Enforcamento Drogas Queda de Nível Outro Qual? _____ Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Qual? _____ Ignorado

NOTIFICAÇÃO - NEPI - DIA

nº da Notificação: _____ SE _____ Investigado S N Agravo: _____

PRONTO ATENDIMENTO

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

USO DE MEDICAMENTOS: _____

TEMP 36°C FC _____ FR _____ PA _____

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME FÍSICO _____

EXAMES SOLICITADOS: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

Fraturas do osso do pulso.

Dr. Jorge R. de Sá Carvalho
Médico

Ass. do Médico (Carimbo - Nome Nº CRM)

Dr. ortopedista

EXCELSIOR SEGUROS

20 ABR 2018

SEGURO (PVAT)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

11/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

318018306101

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO PEREIRA LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03491

CONTA: 000000006942

Número da Autenticação

7D2A1168B2042A34



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50190-952
 CNPJ 10.838.932/0001-08 | Ins. Est. 2005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ERNALDA DAS NEVES SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOAO CIPRIANO FREIRE 391

CPF 072 803 084-88 INSC 16017765168

CENTROITACURUBA
 ITACURUBA PE
 56430-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BARRA RENDA QUILOMBOLA
 Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7002591353	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
12/03/2018	03/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
19,46	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
007631260	UNICA	02/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/03/2018	2010385856	6153617

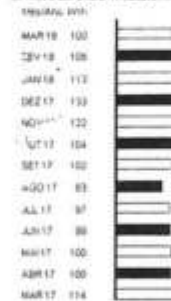
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 50 kWh	50,0000000		0,00
Consumo Ativo superior a 50 até 100 kWh	50,0000000	0,29538264	14,76
Contribuição Iluminação Pública			3,12
Multa por atraso - NF 000142035 - 07/12/17			0,54
Juros por atraso - NF 000142035 - 07/12/17			0,53
Atualização IGP-M - NF 000142035 - 07/12/17			0,41
TOTAL DA FATURA			19,46

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7188920	CAT	02-02-2018	9 184,00	02-03-2018	9 234,00	28	1,00000		180,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	14,76	0,82
PIS	14,76	0,82
COFINS	14,76	0,82

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Consumo de Energia	14,76	75,32%
Transmissão	0,50	2,57%
Distribuição (Custos)	4,85	24,73%
Perdas de Energia	1,47	7,56%
Energia Solarizada	1,45	7,45%
Tributos	0,82	4,22%
Total	19,46	100%

TARIFAS APLICADAS

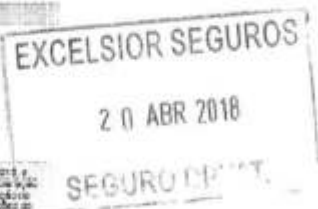
Consumo Ativo até 50 kWh	0,0000000
Consumo Ativo superior a 50 até 100 kWh	0,29538264

RECEBIMTO AO FISCAL

148A EDAS FEFC C7D1 79D1 991D CA75 7978

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura é lançada em vigor a tarifa. Mais informações em: www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há variação de consumo, desde que não ultrapasse o limite de 10% do consumo. Pagos em atraso para multa 2% (PIS e COFINS), 3 Juros (Taxa SELIC) e atualização monetária mensal. Para informações consulte o SAC. O cliente é compensado quando há alteração de tarifa. Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,04. O cliente é compensado quando há desconto em tarifa de acordo com o valor de consumo de energia elétrica. Em caso de suspensão de fornecimento, o pagamento do consumo socializado, além do custo de recuperação, poderá também ser cobrado o custo de desmontagem no caso em que ocorrer a suspensão. Confira o manual de energia. Site: www.celpe.com.br. Ministério da Saúde - Governo Federal.



ATENÇÃO CELPE: INFORME QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ATRASO

Comunicar o não pagamento das contas de energia (total)					
Valor	Descrição	Valor	Valor	Descrição	Valor
080216	02/03/18	27,71	110118	02/03/18	30,81

Não esqueça de ler o manual de energia. Para mais informações consulte o SAC. O cliente é compensado quando há variação de consumo, desde que não ultrapasse o limite de 10% do consumo. Pagos em atraso para multa 2% (PIS e COFINS), 3 Juros (Taxa SELIC) e atualização monetária mensal. Para informações consulte o SAC. O cliente é compensado quando há alteração de tarifa. Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,04. O cliente é compensado quando há desconto em tarifa de acordo com o valor de consumo de energia elétrica. Em caso de suspensão de fornecimento, o pagamento do consumo socializado, além do custo de recuperação, poderá também ser cobrado o custo de desmontagem no caso em que ocorrer a suspensão. Confira o manual de energia. Site: www.celpe.com.br. Ministério da Saúde - Governo Federal.

Em caso de não pagamento das contas, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ser gerado o registro de restrição em crédito do SPC e SERASA, com consequente inclusão em listas de inadimplentes. Para mais informações consulte o SAC. O cliente é compensado quando há variação de consumo, desde que não ultrapasse o limite de 10% do consumo. Pagos em atraso para multa 2% (PIS e COFINS), 3 Juros (Taxa SELIC) e atualização monetária mensal. Para informações consulte o SAC. O cliente é compensado quando há alteração de tarifa. Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,04. O cliente é compensado quando há desconto em tarifa de acordo com o valor de consumo de energia elétrica. Em caso de suspensão de fornecimento, o pagamento do consumo socializado, além do custo de recuperação, poderá também ser cobrado o custo de desmontagem no caso em que ocorrer a suspensão. Confira o manual de energia. Site: www.celpe.com.br. Ministério da Saúde - Governo Federal.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERROMPÇÕES

CONSUMO	VALOR APLICADO (R\$/Mês)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	11,30	33,91	44,27
FC	0,00	7,67	15,34	30,68
DMC	0,00	5,18	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
MINIMO	MÁXIMO
220	202 - 231

Limite DCM: 16,80 R\$/Mês - Valor de Energia em Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 7,08

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7002591353	03/2018	12/03/2018	19,46

8385000000-8 19460011007-3 00259135310-1 11443672233-6





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 388.710.364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 56912-130

CLASSIFICAÇÃO

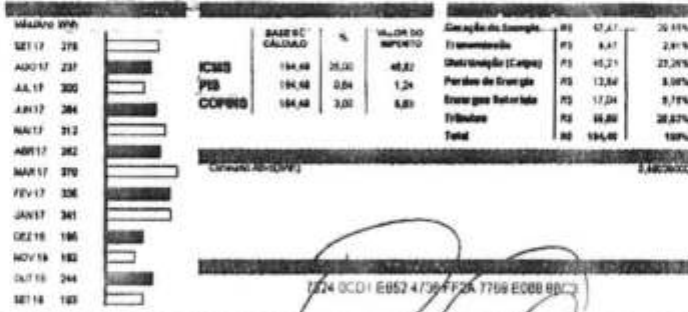
B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

003304538	UNCA	29/09/2017
26/03/2017	2000136289	3872621

2278076019	09/2017
03/10/2017	28/10/2017
213,68	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	278,0000000	0,87315022	195,70
Acrescimo Bandeira AMARELA			6,74
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,97
Contribuição Iluminação Pública			7,60
ICMS Subvenção-CDE-NF 002147189-19/07/17			1,42
Multa por atraso-NF 002632123-22/09/17			3,27
Multa por atraso-NF 002147189-19/07/17			2,83
Juros por atraso-NF 002147189-19/07/17			1,32
Juros por atraso-NF 002632123-22/09/17			1,19
Atualização IDPM-NF 002632123-22/09/17			0,10
PRO-CRANÇA-(091)0412-9990 0900 031 9900			0,80
TOTAL DA FATURA			213,68

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
X11019218	CA1	23-09-2017	13.036,00	26-09-2017	13.912,00	05	1,0000		278,00



124 0CD1 E052 4736 F2A 7769 E008 B0C2

EXCELSIOR SEGUROS
 20 ABR 2018
 SEGURO DE FULCRA

PERÍODO	VALOR A PAGAR (R\$)	LIMITE MENSAL (R\$)	LIMITE ANUAL (R\$)	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
03/10/2017	213,68	6,43	10,08	220	202 - 231

COMTA CONTRATADA: 2278076019
 MÊS: 09/2017
 DATA DE VENCIMENTO: 03/10/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$): 213,68
 83830000002-0 13660011002-9 27807601910-0 09346487683-0

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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rozanna de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.394.744 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabio Pereira Leal inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.929.524 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura Invulidez da Vítima Pedro Rickelme da Silva Leal, inscrito (a) no CPF sob o Nº 328.487.744 / 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

EXCELSIOR SEGUROS
20 ABR 2018
SECURUS

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

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

Endereço <u>R: FRANCISCO OLAVO</u>		Número <u>330</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-330</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

S. Talhada, 28 de 03 de 2018
Local e Data

Rozanna de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

UNIDADE MISTA MANOEL NOVAES

Data: 11/02/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº Ocorrência: _____

Hora Chegada: 19:10

Hora Saída: 19:50

Setor: Ambulatório

Nome: Pedro Ricardo da Silva Deal

Data Nasc: 29/06/97 Idade: 10 Sexo: M F Cor: Preta Profissão: _____

CNS: 898003461043364 Telefone: _____ Estado Civil: Menor

Endereço: Rua João Cipriano Perui Bairro: Centro Cidade: Itacumbira

Grau de Instrução: Analfabeto 1º Grau 2º Grau Superior

Responsável: Esmalada das Neves Silva

Trazido por Acompanhante: _____

Paciente chegou ao serviço: Andando Maca Cadeira de Rodas Ambulância Auto Outros

Funcionário: _____

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel ônibus Moto Outros Qual? _____ Ignorado

Fator de Proteção: Cinto/Capacete Sim Não Ignorado

Moto: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Qual? _____ Ignorado

Indo/Voltando do Trabalho: Sim Não Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Qual? _____ Ignorado

Local de Orgão: _____ Trabalho / End: _____ Ignorado

OUTRO TIPO ACIDENTE

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimaduras Choque Elétrico Ignorado Outro

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Qual? _____ Ignorado

Modo: Assalto Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Qual? _____ Ignorado

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

Por: Arma de Fogo Enforcamento Drogas Queda de Nível Outro Qual? _____ Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Qual? _____ Ignorado

NOTIFICAÇÃO - NEPI - DIA

nº da Notificação: _____ SE _____ Investigado S N Agravo: _____

PRONTO ATENDIMENTO

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

USO DE MEDICAMENTOS: _____

TEMP 36°C FC _____ FR _____ PA _____

QUEIXA PRINCIPAL E EXAME FÍSICO _____

EXAMES SOLICITADOS: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

Fraturas do osso do pulso.

Dr. Jorge R. de Sá Carvalho
Médico

Ass. do Médico (Carimbo - Nome Nº CRM)

Dr. ortopedista

EXCELSIOR SEGUROS

20 ABR 2018

SEGURO (PVA)

SPYBON TM Dióxido TM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data/Hora

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Blank lines for clinical evolution notes.

DESTINO

Para Residência Internado Evasão Ignorado Óbito Outros

Transferido Para: _____ Dia: ___/___/___ Hora: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PARECER / CONSULTAS

Nº	PROCEDIMENTOS	QTD	CNS										CBO				CNES	CNPJ	
1																			
2																			
3																			

- TERAPIAS USG TIPO _____ HEMOGRAMA COLEST. BILIRRUBINAS MEDICAMENTOS
- FISIOTERAPIA TOMOGRAFIA TIPO _____ PLAQUETA URÉIA SÓDIO CARBEGOLINA
- HEMOTERAPIA RX TIPO _____ GLICOSE CREATININA POTASSIO CAVERDILOL
- CURATIVOS SONDAGEM TIPO _____ TRIGL PCR ACIDO URICO MATERGAN
- ECG REDUÇÃO IMOBILIZAÇÃO TROPONINA S. DE URINA CPK
- TELEMEDICINA LIMPEZA SUTURA RETIRADA DE CORPOS ESTRANHO
- HEMOTERAPIA NEBULIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA / INTERNAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Enfermeira: _____ Coren: _____ Médico: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

TERMOS DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO

Estou ciente das normas existentes nesse hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e / ou cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: ___/___/___ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

Responsabilizo-me pela mediate retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato posso advir.

Data: ___/___/___ Nome completo: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES NETO

12814

ALIDA POR 12 MESES
EFICIÊNCIA
MANTENDO 5 DÍGITOS

FRANCO ORIENTE

Pedro Rickelme da Silva Leal

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.124.692 DATA DE EXABILITAÇÃO 05/12/2014

NOME << PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL >>

FILIAÇÃO << FÁBIO PEREIRA LEAL >>
<< ERINALDA DAS NEVES SILVA >>

NACIONALIDADE FLORESTA - PE DATA DE NASCIMENTO 29/06/2007

DOC. ORIGEM << CN. 4810 / 146 F. 1747 CART. ITACURUBA-PE 16 >>

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

415284490903125034 6251 894 F-64 56.679 0000

EXCELSIOR SEGUROS
20 ABR 2018
SEGURO DPVAT.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
128.487.744-28

Nome
PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL

Nascimento
29/06/2007

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO YAVARES BUIE - 15 10774

E-12R14



Fabio Pereira Leal
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6873938 DATA DE EXPEDIÇÃO 18.06.2001

NOME FABIO PEREIRA LEAL

FILIAÇÃO Maria da Conceição Pereira Leal

NATURALIDADE Itacuruba - PE DATA DE NASCIMENTO 09.05.1985

DOIS ORIGEM C.N.2.747 L.12-A F.158 v. Cart. Sede - Itacuruba - PE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CAIXA
POUPANÇA



6277 8015 7864 7418

6277 VÁLIDO ATÉ 07/21

FABIO PEREIRA LEAL
3491 013 00006942-7

elo

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 072.929.524-96

Nome FABIO PEREIRA LEAL

Nascimento 09/05/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS

20 ABR 2018

SECURITY

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 6870802 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
 081.394.744-35 19/04/1983

FILIAÇÃO
 ARCENO PEREIRA DA SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

1ª PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 A.B.

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITACAO
 04935894409 18/11/2019 06/05/2010

OBSERVAÇÕES
 A

Assinatura do Portador
 Rosana de Menezes Silva Cavalcante

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO
 SERRA TALHADA - PE 19/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 47011846458
 PRO63050153

DETRAN - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

PRIMEIRO PLANTILHA
1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
20 ABR 2018
SEC. 1001

DH

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175
RECIFE ANTIGO
RECIFE-PE
50.030.000

DH

AC - SERRA TALHADA/PE
11.12.2017
DR - PE

AC - SERRA TALHADA/PE
11.12.2017
DR - PE

FC0028/08
Peso (kg) 1,044

AR
Correios MP

SEDEX

DY 10492020 5 BR



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.900.000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183061

Cidade: Itacuruba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL

Data do acidente: 11/02/2018

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183061 **Cidade:** Itacuruba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL **Data do acidente:** 11/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do punho.

Descrição do exame médico pericial: Fratura do punho direito com bloqueio e limitação da mobilidade do punho, com prejuízo da força.

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento conservador com imobilização. Recebeu alta médica em abril de 2018 com as sequelas descritas acima e sem novas indicações terapêuticas.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIANE BALLESTER MELLEME KAIRALA

CRM do médico: 110984

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180183061

Nome do(a) Examinado(a): PEDRO RICKELME DA SILVA LEAL

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOAO CIPRIANO, 391 - Itacuruba/PE -
CEP 56430-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 000000000

Data e Local do Acidente : 11/02/2018

Data e Local do Exame : 07/05/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura do punho dir .

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

realizado tratamento clinico conservador
refere alteração de força
alta abril 2018

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

limitação de extensão do punho dir

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

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

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

limitação de extensão do punho dir

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

punho dir

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

Região Corporal

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

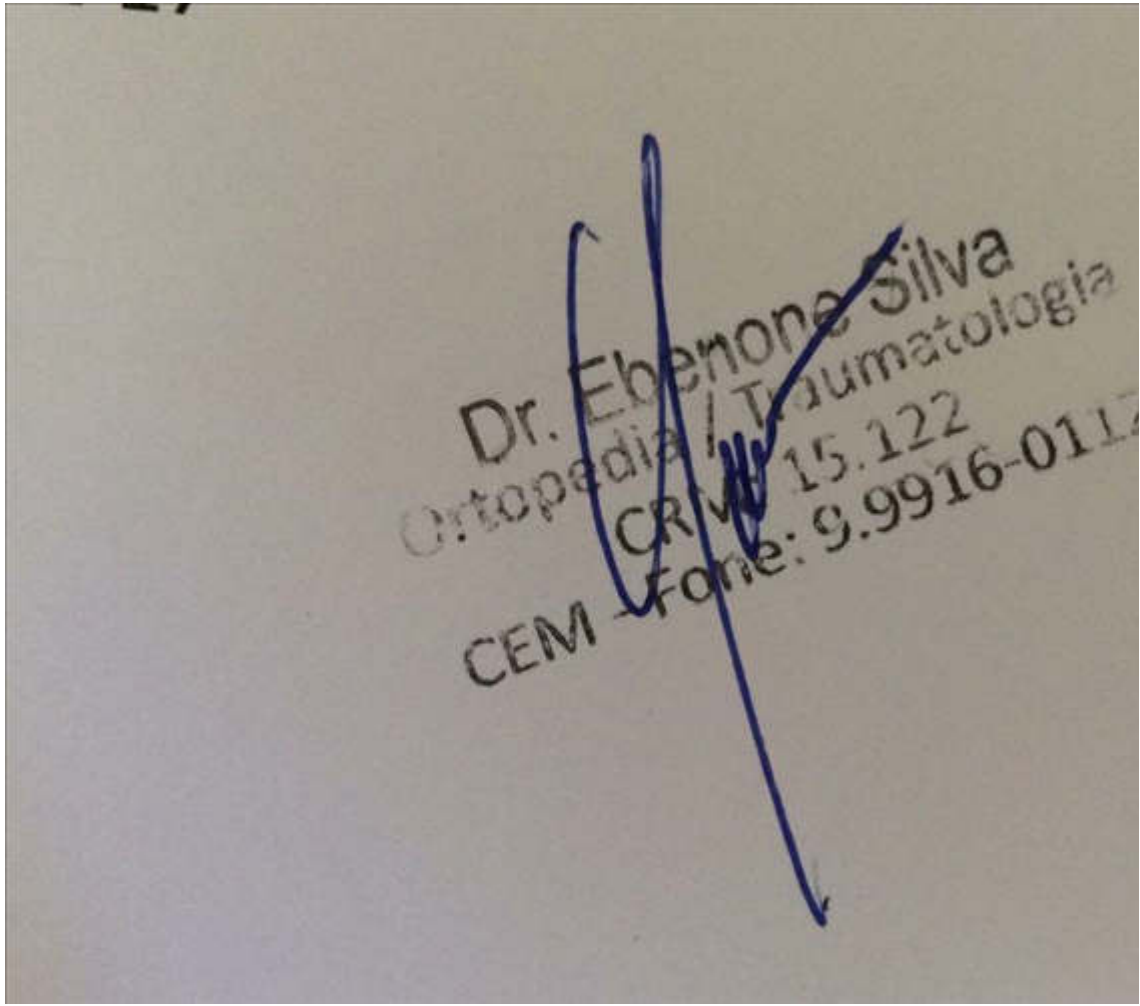
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Fabio Pereira Leal

portador(a) do documento de identidade nº 6873938, expedido por SDS/PE, em

38/06/2003 inscrito no CPF sob o nº 072.929.524-96, residente na

R: João Cipriano Freire, nº 393

complemento CS, Bairro Centro, cidade

Itacuruba, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.



Serra Talhada 22 de 03 de 2018

Outorgante X

Fabio Pereira Leal

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS | Titular: WLANDIMAR LOPES DE LIMA
Rua Alvaro Alvim Carlos, S/N - Centro - CEP: 54431-000 - Itacuruba / PE - Fones: (51) 3821-3300 / (51) 9930-9543 - CNPJ: 05.142.445/0001-07
Reconheço por Autenticidade a firma de FABIO PEREIRA LEAL em
21/03/2018 10:05:01 e dou fé. Em testemunho da verdade.
TABELADO: WLANDIMAR L. LIMA Emol R\$3,49, TSMR R\$0,78,
FERC R\$0,39, TOTAL R\$4,66 Selos:0076844,BIND1201801.00228
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sei/odiigital

Wlandimar L. de Lima
2018
20 ABR 2018
SEI