

DOCUMENTO 6 "T696"



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PI-ENTRADA
GTR 8.428.700 DATA DE EXPIRAÇÃO 30/07/2012

TIPO 2

<< JOSÉ ALVES DE ARAUJO NETO >>

RELACIONAMENTO

<< JOÃO ALVES DE ARAUJO >>

<< MARIA VILANI CAVALCANTE DE ARAUJO >>

NATURALIDADE ASSAI - PR DATA DE NASCIMENTO 25/12/1989

INSCRIÇÃO << CN.12125 L.25 F.73 CART ASSAI-PR. 04.01.1990 >>

CNPJ 091.841.664-79

LEI Nº 7.102 DE 24.03.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO 10R-23

Foto

Assinatura: José Alves de Araújo Neto

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

091.841.664-79

Nome

JOSÉ ALVES DE ARAUJO NETO

Nascimento

25/12/1989

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EXCÉLSIOR SEGUROS

18 ABR 2017

SEGURO DPVAT.

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:46:48 do dia 13/11/2015 (hora e data do Brasil)

digito verificador: 00

CÓDIGO DE CONTROLE

A379.4168.C821.79EB

DOCUMENTO 3 "T396"



1017067334
VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1017067334
PRIMEIRO PLANO

1017067334

ROSADE DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

EXC. CONTRATO DE OBRAS E SERVIÇOS
6270802 EOB DE

CPF: 051.194.744-25 DATA NASCIMENTO: 19/06/1983

FUNÇÃO: ARCEIRO PEREIRA DA SILVA
PARTE JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO: ☒ NÃO: ☐ CAT. MEX: ☐ AL: ☐

PRÉVIO: 04925894409 VALIDEZ: 18/11/2019 INSCRIÇÃO: 06/05/2010

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Segurado: *Rosade de Menezes Silva Cavalcante*

Assinatura do Corretor: *[Assinatura]*

LOCAL: SERRA TAGUADA - DE DATA EMISSÃO: 19/11/2014

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]*

17011844458
0603090153

EXCELSIOR SEGUROS
18 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

DOCUMENTO 7 "T790"

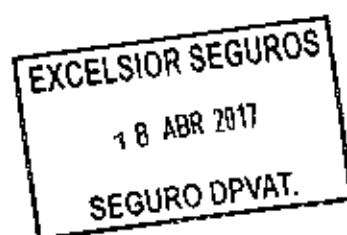


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 07 de Março de 2017

X Jose Alves de Araujo Neto



DIE ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CPF: 56.960.009

EXCELSIOR SEGUROS
18 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

B 310

ORDEN: 31

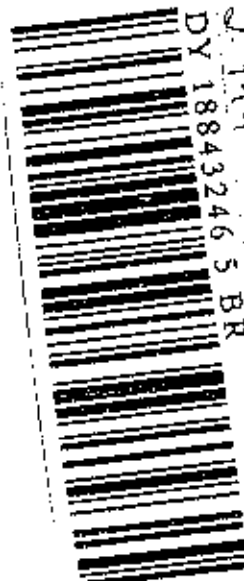
IPE: 85055727 ESTACAO: 108

5063097215041030

PESO (kg)

3444

DY 18843246 5 BR



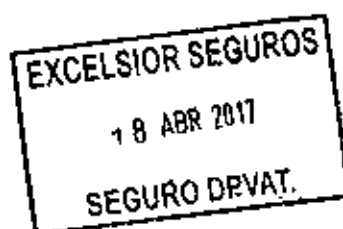
PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218768 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PÉ DIREITO 25% DE 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

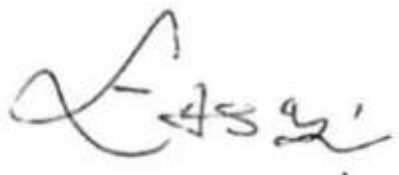
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170218768 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Acidente de motocicleta em 27/01/2017

Fratura cominutiva intra articular do 1º dedo do pé direito

Descrição do exame 1º do pé direito com discreta atitude de extensão - falta de apoio

médico pericial: Limitação da flexo extensão do 1º dedo pé direito.

Resultados terapêuticos: Evoluiu com limitação de movimentos do 1º dedo e perda do apoio plantar do mesmo (atitude de extensão do 1º dedo)

Data da alta: Alta relatada em 06/04/2017

Redução cirúrgica e fixação da fratura com fios metálicos

Sequelas permanentes: Limitação de movimentos do 1º dedo e perda do apoio plantar do mesmo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Sergio R Vieira

CRM do médico: 42023

UF do CRM do médico: SP

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: AUREA MARIA TAVARES TORRES

CRM do médico: 52.56757-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Procuração

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

1. Outorgante Jose Alves de Araujo Neto

portador(a) do documento de identidade nº 8.428.700, expedido por SGS/PE, em

30/07/12, inscrito no CPF sob o nº 092.841.664-79, residente na

Sítio Queimada, José Alves, nº 2

complemento Casa, Bairro Ema Geral, cidade

Flores, 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, o especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada, 07 de abril de 2017

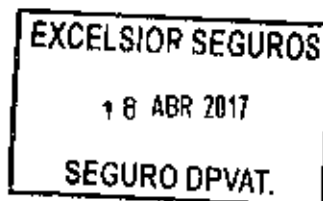
Outorgante X José Alves de Araújo Neto



TABELIONATO ÚNICO DE FLORES
 Rua Andréa Oliveira, 100 - Centro - Flores/PE - CEP: 55050-000 - Fone: (071) 3857-1200

Recebeu por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
 Dou fe. FLORES, sexta-feira, 24 de fevereiro de 2017 - 08:49h Em Testemunho
 MARIA CECILIA VIEIRA BRUNEN - ESCRIVENTE da verdade
 Total: 4,66 Ao Cartório: R\$ 3,49 - TSNR: R\$ 0,76 - APERC:
 R\$ 0,39 - Total: R\$ 4,66
 Selos(s): 0076927.TUC02201701.00200

MA CECILIA VIEIRA
 Escrevente



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10879533

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2017

Carta nº: 10885254

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11061232

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11113474

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170218768 ASL-0153209/17

Vitima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Data Acidente: 27/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11243320

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11305633

A/C: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3170218768 ASL-0153209/17
Vítima: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Data Acidente: 27/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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: JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000000129-5

Conta: 000000690397-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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



DOCUMENTO 1 *T14*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Xyosi Alves de Araújo Neto

PORTADOR(A) DO RG Nº 8.428.700 EXPEDIDO POR SDS PE EM 30/07/22 E

CPF 0301841664-73 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ nenhuma (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Xyosi Alves de Araújo Neto, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse 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, lembre-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 Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- 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 R\$ 1.000,00;
- 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 SISPDPVAT 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 infrinuando 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0329-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 630397-5

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

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

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.

Levi Talbado 07 de Março de 22

LOCAL E DATA

Xyosi ALVES DE ARAÚJO NETO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009); e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodoctransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



c/c

EXCELSIOR SEGUROS
18 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

c/c

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Alves de Araujo Neto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua André Pereira Temudo, 252 Casa
Vila Mirante São Paulo SP CEP: 02957-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8428700
Data local do exame: [07/07/2017] SÃO PAULO [SP]

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)

ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 27/01/2017
FRATURA COMINUTIVA INTRA ARTICULAR DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO
1º DO PÉ DIREITO COM DISCRETA ATITUDE DE EXTENSÃO - FALTA DE APOIO
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 1º DEDO PÉ 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.

EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO 1º DEDO E PERDA DO APOIO PLANTAR DO MESMO (ATITUDE DE EXTENSÃO DO 1º DEDO)
Data da alta: ALTA RELATADA EM 06/04/2017
REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIOS METÁLICOS
Complicações: NAO

- 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 DE MOVIMENTOS DO 1º DEDO E PERDA DO APOIO PLANTAR DO MESMO

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):

1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Direito

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

(X) 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 - assinalar 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Sérgio Rizzo Vieira
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 3087- CRM 42.023

DOCUMENTO 1 *T19*



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO - DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

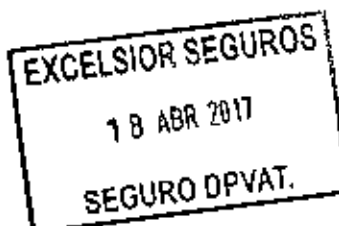
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0271000062

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/02/2017 às 15:56

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 27/1/2017 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-377, POVOADO DE JERICÓ - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 01, POVOADO DE JERICÓ - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOSE ALVES DE ARAUJO NETO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALVES DE ARAUJO NETO

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

JOSE ALVES DE ARAUJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: MARIA YELANI CAVALCANTE DE ARAUJO Mãe: JOÃO ALVES DE ARAUJO Data de Nascimento: 25/11/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8428700/SDS/PE (RG) 09184180479 (CPF) 06218078803 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 83998407239

Residência: **SÍTIO QUEMADAS, ZONA RURAL DE FLORES - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORES, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALVES DE ARAUJO NETO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCM6321 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **575081090** Chassi: **9C2KD0540DR162709**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA NXR/150 BROS 150, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA PCM-6321/PE, CHASSI Nº 9C2KD0540DR162709, RENAVAM 575081090, EM NOME DE MARCOS ALVES DE ARAUJO**

Complemento / Observação

O NOTIFICANTE E VITIMA RELATA QUE NA MANHÃ DO DIA 27 DE JANEIRO POR VOLTA DAS 7:00 HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA RODOVIA PE-377, NAS PROXIMIDADES DO POVOADO DE JERICÓ, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM VEICULO QUE ADENTROU NA CONTRA MÃO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E ACABOU TOMBANDO E CAINDO NO ACOSTAMENTO. A VITIMA SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES E FRATURA DO PÉ DIREITO. O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL E LEVADO PARA CIDADE DE FLORES EM SEQUIA APÓS ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE BERRA TALHADA. VALE RESSALTAR QUE A VITIMA POSSUI HABILITAÇÃO.

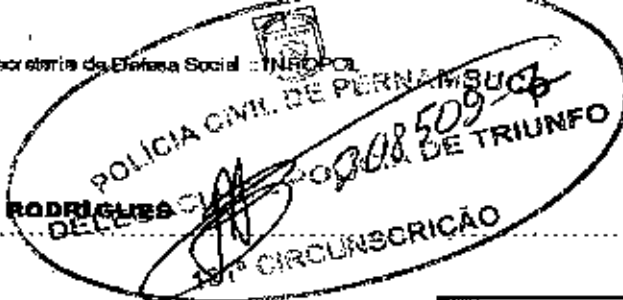
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

X JOSÉ ALVES DE ARAUJO NETO

08/02/2017

Secretaria da Defesa Social - INSP-PC

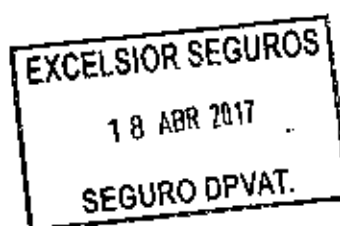
JOSÉ ALVES DE ARAUJO NETO
(VITIMA)



B.O. registrado por: THONY ALEXANDRE ANTAS RODRIGUES

Carimbo de Registro

Carimbo de Arquivamento





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Alves de Araújo Neto, portador da carteira de identidade nº 8.428.702 e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.841.664-79 residente e domiciliado na ST Quilomada 2 José Alves, S/N, Zona Rural Cidade Flora Estado PE declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

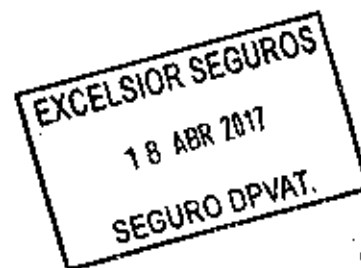
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Jose Alves de Araújo Neto

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada 07/03/17

Local e data





470

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

27 Aug

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

FLORES

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 27.01.17 às 10:28	Nº. Ocorrência								
Nome: José Avelar de Souza Neto	Data Nascimento: 25.12.89								
Profissão: segurança	Sexo: M								
	Doc. Ident.: 8.428.700								
Fone.: -	SUS: 898002996296968								
End.: R. Amélia dos Flores									
Responsável: Maria Vilas Boas									
Tipo de Atendimento: <table> <tr> <td>Acidente de Trânsito</td> <td>☒</td> <td>Acidente de Trabalho</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Agressão</td> <td>☐</td> <td>Consulta</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Acidente de Trânsito	☒	Acidente de Trabalho	☐	Agressão	☐	Consulta	☐
Acidente de Trânsito	☒	Acidente de Trabalho	☐						
Agressão	☐	Consulta	☐						

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
-------------------	------	--------	--------	-------

Histórico e Exame Físico:

Incidente relatado quando de motocolchete às 14h 20 min.

FR. Apresenta extrínseco em fase de morte, com 55

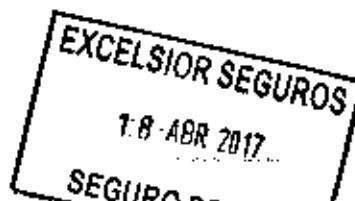
G W: 18 Provenance gefunden der Pl' erregt.

OR: as appropriate

Treatments:

D - Val taren 7 Lu. 7 Ph L

① - Normalte Upr 7 f. 6 h



DOCUMENTO 2 "T296"



Impressão Diagnóstica:

Problemas em Rel. Externas. + Exprim-

Destino do Paciente

Residência

Internado

Transferido

Removido para Hospital

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Diego R. ...
CITY ... 1976
... 2353

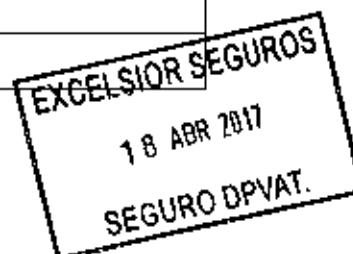


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Alves de Araújo NetoRG nº 8.418.700, data de expedição 30/07/12, Órgão SDS, PE

CPF nº 091.841.664-79 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>St Aquimada 2 João Alves</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	
Cidade	<u>Flora - Zona Rural</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634 - 2907</u>
E-mail	<u>11 11 9291</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 07/03/17Assinatura do Declarante: X José Alves de Araújo Neto



Nota Fiscal - Fatura - Conta de Energia Elétrica
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 131, Bos. Vitor. Recife, Pernambuco - CEP 50050-207
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOAO ALVES DE ARAUJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 SIQUEIRADA 2 JOAO ALVES

CPF: 617 186 804-82 MIE 18291378737

FLORES - RURAL FLORES RURAL I
 FLORES PE
 50050-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 DADA PENHA COMINS
 MANDALICHO

TIPO DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
000873787	UNICA	10/01/2017
CHAVE DE ACESSO	CPF DO CLIENTE	CPF DO FISCAL
1001/2017	2002451143	4082123

CONTA CONTRATADA	MÊS ANO
4006594080	01/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROPOSTA FISCAL
17/01/2017	08/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	12,51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,15860411	4,70
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	17,0000000	0,26959577	4,57
Contribuição Iluminação Pública			2,76
Multa por atraso NF 000830498 - 10/1/16			0,20
Multa por atraso NF 000858188 - 12/1/16			0,19
Juros por atraso NF 000858188 - 12/1/16			0,01
Juros por atraso NF 000830498 - 10/1/16			0,00
TOTAL DA FATURA			12,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE
6185323	C11	12-1-2016	6 199,00	10-01-2017	6 205,00	29	1,00000	
								CONSUMO (KWH) 17,00

ANÁLISE DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
PERÍODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	DESCRIÇÃO	VALOR	%	
JAN 17	17				Geração de Energia	1,95	57,43	
FEV 16	51				Transmissão	1,04	1,98	
MAR 16	48	4,21	0,18	0,07	Distribuição (Celpe)	30,85	30,85	
ABR 16	47				Transmissão	0,96	19,57	
MAY 16	53	3,52	0,15	0,07	Tratamento	4,21	4,21	
JUN 16	57				Total	57,62	100	
JUL 16	53							
AGO 16	57							
SET 16	53							
OUT 16	54							
NOV 16	48							
DEZ 16	41							
JAN 17	53							

TARIFAS APLICADAS		0,1408833
Consumo até 50 kWh		0,2472724
Consumo além superior a 50 até 100 kWh		

RESUMO DO IMPOSTO	
SUEL 1649 T880 C999 F500 4C3D 458B E272	

EXCELSIOR SEGUROS
 18 ABR 2017
 SEGURO DPVAT.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Os dados de leitura e faturação são fornecidos pela Companhia Energética de Pernambuco. A Companhia não se responsabiliza por erros de leitura ou de faturação. O cliente deve verificar os dados e, em caso de erro, comunicar imediatamente à Companhia. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de erros de leitura ou de faturação.

Informações importantes sobre o serviço de energia elétrica. O cliente deve verificar os dados e, em caso de erro, comunicar imediatamente à Companhia. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de erros de leitura ou de faturação.

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					MÉDIA DE INTERRUPÇÃO		
TIPO DE INTERRUPÇÃO	QUANTIDADE	TEMPO (min)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	
OUT	0,00	10,73	21,46	42,92			
ENC	0,00	1,57	15,14	30,27			
CHNC	0,00	1,78	0,00	0,00			
Total					0,00	13,08	73,19

Fonte: CENSO 1990-2000. Elaboração: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

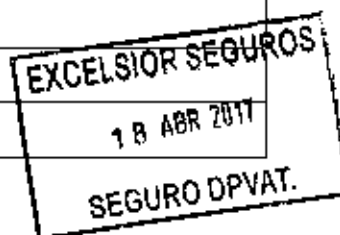


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosana Gde M. S. CavalcanteRG nº 6870802, data de expedição 29/05/02 Órgão SOS/PE

CPF nº 051.384.744-25 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>Fuomaiheo Olavo</u>
Número	<u>110</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.912.130</u>
Telefone de Contato	
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rosana Gde M. S. Cavalcante

Assinatura do Declarante:

X Serra Talhada 31-03-17

Tabela Social da Energia Elétrica: Cálculo pelo LEE 30.438 de 28/04/2015

2. NOVA FISCAL, 2. FATURA, 2. CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 391, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50010-002
CNPJ: 13.833.912/0001-03 | Insc. Est. ICMS: 14.907.643-19 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 308.710 934-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50012-130

CLASSIFICAÇÃO
31 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo 31

002284776	UAC	11/29/2018
-----------	-----	------------

17/08/2018	20/10/2018	26/10/2018
------------	------------	------------

GONTA.COM/PAID
 2278078019 06/2018
 DATA DE VENCIMENTO DATA PREVIDIDA DE EXPIRAÇÃO
 27/08/2016 19/07/2018
 CTRAL & PAGAR PER
 12418

DESCRIPTION D'ACTIVITES

Contribuição Aluguel/Arquiteto
Contribuição Iluminação Pública
Contribuição Suprimento de Água (0,72) 13.638-18/Barb
Multa por Atraso (0,72) 13.638-18/Barb
Juros por Atraso (0,72) 13.638-18/Barb
PRO-CRIMINAL (0,01) 34.12-00/60 (800) 031.8000

GRUNDFRAGE	PROZENT (%)	WERT (%)
177,8000000	0.83008571	211.5
		7.3
		1.1
		2.4
		0.7
		0.0

TOTAL DEFERENCE

224.17

[illegible]

DISTRIBUIÇÃO DE RENDAS - 1990		DISTRIBUIÇÃO DE RENDAS - 1990		DISTRIBUIÇÃO DE RENDAS - 1990	
SEXO	COR	FAIXA DE RENDAS	%	VALOR DO MÊS	VALOR DO MÊS
MULHER	BRANCA	111,32	36,00	27,00	41,20
MULHER	BRANCA	111,32	0,00	0,00	1,60
MULHER	BRANCA	111,32	0,00	0,00	28,92
MULHER	BRANCA	111,32	0,00	0,00	11,00
MULHER	BRANCA	111,32	0,00	0,00	33,40
MULHER	BRANCA	111,32	0,00	0,00	111,60

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS
18 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

Haja o leitor interessado em obter mais informações sobre o curso, basta ligar para o telefone 0800-010000, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. O curso é gratuito, mas a inscrição custa R\$ 10,00. O curso é destinado a quem não possui o curso de inglês básico. O curso é destinado a quem não possui o curso de inglês básico. O curso é destinado a quem não possui o curso de inglês básico.

[illegible]

CONTA CONTRATO	MÓDULO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2278078019	06/2015	27/06/2016	124,16

83840000001-4 24180011002-8 27807601910-0 03541512433-9



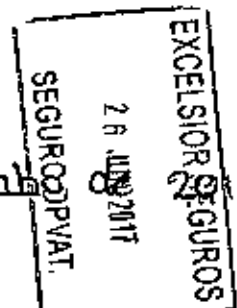
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Alves de Araújo NetoRG nº 8.428.700, data de expedição 10/12/2015 Órgão SSP/PE

CPF nº 091.841.664-79, 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 André Pereira Remudo</u>
Número	<u>00252</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>São Paulo / SP</u>
Cidade	<u>São Paulo / SP</u>
Estado	<u>SP</u>
CEP	<u>02937000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634-9291</u>
E-mail	<u>// // 4907</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada, 09 de junhoAssinatura do Declarante: X JOSÉ ALVES DE ARAÚJO NETO

Conta Mensal de Serviços de Água e/ou Esgotos

Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo - Sanebas

RECEBIMOS

Nº da Conta GR CR
1449011924391 15

Mês de Referência
MAIO

End.: R. André Pereira Tamudo, 00252

São Paulo/SP CEP 02957-000

Cliente: Coloque Nome Na Conta/Vigilância Cadastro

Cad. Sanebas: 15 106 0003 2001 0644 0000 0000

Economia: 1 Res -0 Com -0 Ind -0 Pub

Tipo de Faturamento: Comum

Código do Cliente: 0000000000

Tipo de Ligação: Água e Esgoto

Hidrometro: 117008197

Apresentação	Data	Leitura	Consumo
Leitura Atual	06/06/17	920	m3
Leitura Anterior	05/06/17	920	m3
Proxima Leitura	04/07/17		12

Período de Consumo: 31 dias

Condiciona da Leitura: LITURA NORMAL

Historico da Consumo de Água

NOV DEZ JAN FEV MAR ABR

Revisão: 14

Nota: 1.035

Cálculo do Valor da Conta Residencial Por Economia

Faixa Consumo (m3)	Consumo(m3) por Economia	Água Tarifa(R\$)	Valor(R\$)	Esgoto Tarifa(R\$)	Valor(R\$)
Até 10	Mínimo	22,39	22,39	22,39	22,39
11 A 20	2	3,50	7,00	3,50	7,00
21 A 30		8,75		8,75	
31 A 50		8,75		8,75	
Acima de 50		9,64		9,64	

VI Água (Água * Ft. de Água * Econ) 22,39 x 1,000000000 x 1 = 22,39

VI Esgoto (Esgoto * Ft. de Água * Econ) 22,39 x 1,000000000 x 1 = 22,39

Total Residencial (VI Água + VI Esgoto) = 54,78

Valor da Conta

Água 22,39

Esgoto 22,39

Total a Pagar 54,78

Valor do Pagamento

11/06/17

Na data de pagamento em atraso, será acrescido de multa de 2% mais juros de mora de 0,03% ao dia. A conta não paga até a data de vencimento, estará o cliente sujeito ao corte do fornecimento de água.

Oferecemos duas opções de vencimento para sua conta 01 - 05 - 10 - 15 - 20 - 25. Havendo interesse entre em contato com a SABESP.

Local e Pagar 54,78

Fece e sua parte, Economia Água.

Assinatura do Cliente

CONTRATO DE CONCESSÃO DE SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO - SANEAMENTO DE SÃO PAULO

AZEVEDO & TRAVASSOS

AZEVEDO & TRAVASSOS

07 JUN 2017

0000000000

Tributos	Alíquota(%)	Base de Cálculo(R\$)	Valor(R\$)
PIS/PASEP e COFINS	7,30	54,78	4,29

Qualidade da Água - Decreto Presidencial 54.40/05 Portaria ANEEL nº 10.541/05

EXCELSIOR SEGUROS

26 JUN 2017

SEGURO PRIVAT



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 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 Romana Lde M.S. Cavalcante, portador(a) do

RG nº 6870802, expedido por SPS / PE, em

29/05/01, CPF/CNPJ nº 051.394.744-25,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jorge Alven de

Arayzo Neto do sinistro de DPVAT da natureza Simultâneo

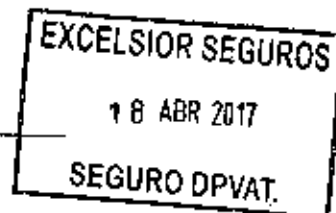
da vítima Jorge Alven de Arayzo Neto, e conforme

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

Profissão: autônoma Renda Mensal: R\$ securon

Documentos comprobatórios: naus

Romana Lde M.S. Cavalcante
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

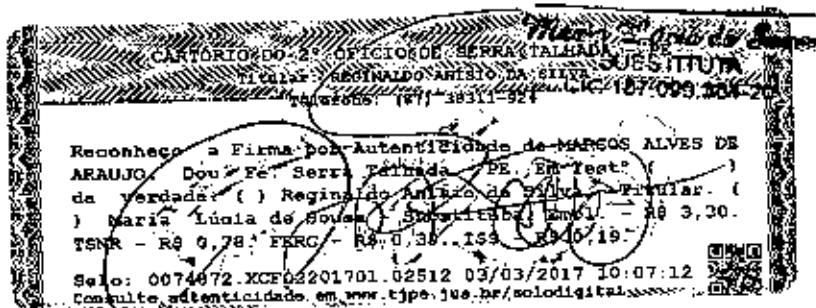
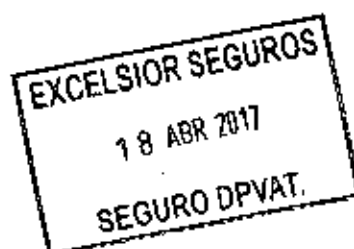
Eu, Marcos Alves de AroujoRG nº 8.902.128, data de expedição 05/12/06Órgão SDS, portador do CPF nº 082.157.524.46 com domicílio na cidade de Flores, no Estado dePE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Sítio Queimada 2, nº 514complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jonilson de Aroujo Neto cujo o condutor eraJonilson de Aroujo NetoVeículo: HONDA BRZModelo: NXR 150 FSDAno: 2013Placa: PEM-632JChassi: 9C2KB05400R162709

Data do Acidente:

Local e Data: Serra Talhada 07-04-17

Marcos Alves de Aroujo
Assinatura do Declarante

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





FLORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

27 anos

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 27.01.17 às 10:28	Nº. Ocorrência								
Nome: José Avelar de Araújo Neto	Data Nascimento: 25.12.89								
Profissão: agricultor	Sexo: M								
Fone:	Doc. Ident.: 8.428.700								
End.: R. Amélia dos Flores	SUS: 898002996296968								
Responsável: Maria Vilma (mãe)									
Tipo de Atendimento: <table> <tr> <td>Acidente de Trânsito</td> <td>☒</td> <td>Acidente de Trabalho</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Agressão</td> <td>☐</td> <td>Consulta</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Acidente de Trânsito	☒	Acidente de Trabalho	☐	Agressão	☐	Consulta	☐
Acidente de Trânsito	☒	Acidente de Trabalho	☐						
Agressão	☐	Consulta	☐						

Pressão Arterial: HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

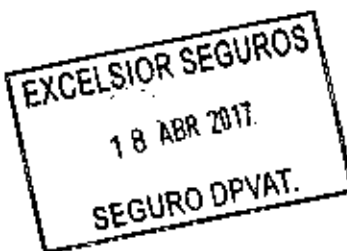
Presente relato queda de motocicleta há 2 dias.
 ER: Apresenta lesão na face da mão direita e esquerda.
 GW: 18. Provável fratura da 1ª e 2ª.

OBS: As lesões

Tratamento:

1 - Voltarem 7 dias
 2 - Retornar 7 dias

DOCUMENTO 5 75%



Impressão Diagnóstica:

Fratura em 1ª e 2ª. Exposto.

Destino do Paciente

Residência ☐Internado ☐Transferido ☒

Removido para Hospital

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Daniel Augusto
 CRM: 12.123.456
 RGO: 12.345.678

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	2 - CNES 2 3 5 1 6 3 3
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	4 - CNES 2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

1 - NÚMERO DO DOCUMENTO	2 - NOME ATEND.
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 8 9 8 0 0 2 9 9 6 2 9 6 8	6 - SIS PRE NATAL
7 - SENHA/ROTAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 0132331
9 - NOME DO PACIENTE JOSE ALVES DE ARAUJO NETO	10 - DATA DE NASCIMENTO 25/12/1989
11 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA VILANI CAVALCANTE DE ARAUJO
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) STIO QUEBRADAS, 0 - ZONA RURAL	14 - CID-10 8 3 9 8 7 9 9 3 2 8
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORES	16 - COD. REG. MUNICÍPIO 260560
17 - UF PE	18 - CEP 5 6 8 5 0 1 0 1 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO <i>Resença para gran M.D. de curdase, sintomática R.D. com do 2 - fratura de 1º e 2º metacarpal</i>	20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx 2 e 3 - 2º e 3º metacarpal</i>
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de 1º e 2º metacarpal</i>	22 - CID-10 S55.2
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID-10 SECUNDÁRIO
25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	

EXCELSIOR SEGUROS

18 ABR 2017

SEGURO DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Reparo cirúrgico</i>	27 - COD. DO PROCEDIMENTO 040805C
28 - CLÍNICA TRAUMATOLOGIA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO CLÍNICA
30 - DOCUMENTO 1	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPI) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0 0 7 7 9 4 7 6 4 9 2
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Mauriciana Pereira</i>	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 3 10 17
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) <i>Mauriciana Pereira</i> CPF: 033.473.954-41 CRM: 18275	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
38 - CNES DA SEGURADORA	39 - Nº DO ROLHETE	40 - SÉRIE
41 - CNES DA EMPRESA	42 - CNES DA EMPRESA	43 - CBO
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA [] EMPREGADO [] EMPREGADOR [] AUTÔNOMO [] DESEMPREGADO [] APOSENTADO [] NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR M261390001
47 - DOCUMENTO [] CNES [] CPI	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPI) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 4 3 5 1 6 3 3
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Mauriciana Melo</i> CPF: 168.473.954-41 CRM: 26603 Médico - Autorizador EXIGENTES
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH) 261750476607	MOTIVO DA ALTA: 12
	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
	DATA DA INTERNAÇÃO: 30 07 17
	DATA DA ALTA: 02 08 17



Hospital São Vicente

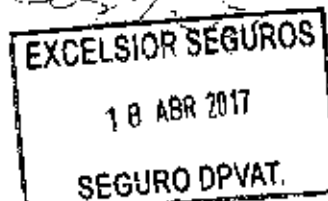
Rua Inocêncio Gomes do Amaral, Nº 203 - Centro - Serra Talhada - PE
Fone: (37) 3431-5150 - Fone/fax: (37) 3431-5156
E-mail: hospitalsaovicente@vnet.com.br - CNPJ 10.200.543/0001-63

Clínica Cirúrgica

Data do Atendimento: 30/01/2017		Nº Registro: 132331	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
Nome: Altes de Araújo Neto		Data Nascimento: 25/12/1989	Idade: 27
Sexo: M		Cor: Pardo	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Agricultor	Naturalidade: Araripe	Nacionalidade: Brasileira
Filiação: José Altes de Araújo	Mãe: Maria Vilani Cavalcante de Ara	Nº: 511	
Endereço (av., rua, etc.): Sítio Belemarias		Apto:	
Bairro: Zona Rural	Cidade: Fátima	Estado: PE	Telefone: (83) 9879-9328
COMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☐ Agressão ☐			
Suicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço (av., rua, n.º, etc.):			
Local da Ocorrência:			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Processo patológico H1D
de fratura da perna esquerda
Rt D, Curva, dor e
chamado para fratura
M1D



Diagnóstico Inicial: Fratura fechada Verso lateral da 1ª Rota Rt D

S.A.D. Menopausado, PAE, Uter. Glând. e testículos saudáveis

Diagnóstico Final:

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DA ALTA		Data do Internamento: 30/01/17	
Melhorada ☒	Decisão Médica ☒	Alta a Pedido ☐		Data da Alta: 01/02/17	
Inalterado ☐	Transferência ☐ LOCAL	Evasão ☐		Local: / /	
Piorado ☐	Indisciplina ☐				
Óbito + 48 h ☐					
Óbito - 48 h ☐					
Óbito em: / /					

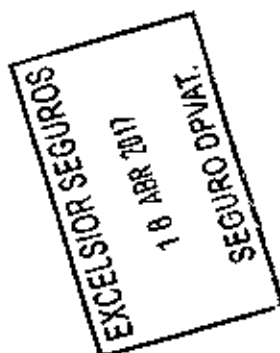
Dr. Riquelme de Freitas
CRM: 7361

Cirurgia Realizada: <u>5.º Quadrante - Fratura humeral</u>		N.º do Procedimento: <u>101.52 - Fratura do humero</u>	
Data: <u>21/02/17</u>	Início: <u>1.ª Reunião</u>	Término: <u></u>	
Cirurgião: <u>Freitas</u>	1.º Auxiliar: <u></u>	2.º Auxiliar: <u></u>	Anestesiista: <u>Barbosa</u>

Descrição Cirúrgica

Subcortical
Abertura da cápsula humeral - fratura
Red. da fratura e fixação com
fratura humeral aberta
com fios KIRSCHNER - curativo
rotineiro

Dr. Rodrigo P. Freitas
 CRM: 7351



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora: 27/01/17 12:21
 Profissional: ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
 Descrição: Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
27/01/17 12:21	Em digitação	00:00:45	MARIANA.FORTI@HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
27/01/17 12:21	Aguardando Regulação		MARIANA.FORTI@HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

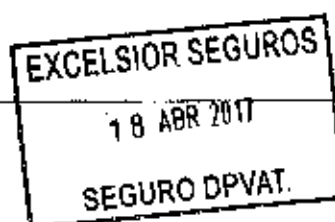
ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

Clinica Cirúrgica

Rua Indaíra, 1003 - Centro - São João del-Rei - PE
Fone: (07) 3631-2136 - Fax: (07) 3631-9166
E-mail: hospital@hospitaldejoao.com.br - CNPJ: 06.940.000/0001-01

Data do Atendimento: 30/04/2017 N.º Registro: 132331

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Rosângela de Araújo Silva

Estado Civil: Solteira Data de Nascimento: 25/02/1989 Idade: 27 Sexo: M Cor: Pau

Filição: João Silva de Araújo Nacionalidade: Brasileira

Endereço (av., rua, etc.): Sítio Buímas N.º: 51 Apto.:

Cidade: Elói Estado: PE Telefone: (83) 9879-9328

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros Acidentes ☒ Agredido ☐

Suicídio ☐ Casual ☐ Outros ☐

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço (av., rua, n.º, etc.):

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Rosângela de Araújo Silva

de 27 anos, solteira, residente em Rua Indaíra, 1003 - Centro - São João del-Rei - PE

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

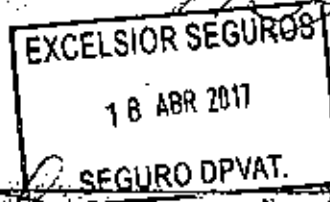
Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus

Tratada por Dr. Roberto de Jesus



CONDIÇÕES DE ALTA

Melhorada ☒
Inalterado ☐
Piorado ☐
Óbito + 48 h ☐
Óbito - 48 h ☐

MOTIVO DA ALTA

Decisão Médica ☒
Alta a Pedido ☐
Transferência ☐ LOCAL
Evasão ☐
Indisciplina ☐

Data do Internamento: 30/04/17

Data da Alta: 01/05/17

Local:

h. ...

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	2 - CNES 2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	4 - CNES 2351633

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 898002996296968	6 - SIS PRE NATAI	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 0192331
9 - NOME DO PACIENTE JOSE ALVES DE ARAUJO NETO	10 - DATA DE NASCIMENTO 25/12/1989	11 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA VILANI CAVALCANTE DE ARAUJO	13 - TELEFONE DE CONTATO 8398799328		
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) SITIO QUEIMADAS, 0 - ZONA RURAL	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORES		
16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 260560	17 - UF PE	18 - CEP 55685000	

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Resaca profunda M.D., defor-
midade funcional R.D., com
dores pontuais na L.V.P.D.*

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx 2. L. e R. P. P.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de humero esquerdo (Ramo D)

22 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

23 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO 040805C705	28 - CLÍNICA TRAUMATOLOGIA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 01	30 - DOCUMENTO 1	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 00779476492
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 21/01/17	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) Mauriciana Pereira Ferreira CPF: 063.473.994-43 CRM: 18278		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, ACIDENTES DE TRABALHO, ACIDENTES DE TRABALHO TRAJETO)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBO	44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR M261390001	47 - DOCUMENTO 1	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 43151125	49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1/1	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>[Assinatura]</i> CPF: 153.222.15 CRM: 8603 MEDICO AUTORIZADOR XIGERES	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AJH) 261710476607
--	----------------------------	--	--	--	--

MOTIVO DA ALTA: **1**
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **01**
DATA DA INTERNAÇÃO: **30.01.17**
DATA DA ALTA: **02.02.17**

Cirurgia Realizada: <i>Assesão de R.D. e Visceras - Mucosa</i>		N.º do Procedimento:
Data: <i>21/02/17</i>	Início: <i>7h 30min</i>	Fim:
Cirurgião: <i>Antônio</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:
		Anestesiologista: <i>Lucas</i>

Descrição Cirúrgica:

Sob pontos -
Assesão de R.D. e Visceras - Mucosa
R.D. Roux e fístula
fístula rouxiana uterina
02 fios KIRSCHNER - Curo
Rachacore

Antônio Rodrigues da Freitas
 CRM: 7351

EXCELSIOR SEGUROS
 18 ABR 2017
 SEGURO DPVAT.