

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Romana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.714 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabio Valentino de Souza Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.090.834 / 92 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Fabio Valentino de Souza Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.090.834 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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>Rua Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

S. Talhada 25 de Janeiro de 2018
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
30 JAN 2018
SEGURO DPVAT

Declaração Circular SUSEP 445/12





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cícero Gleidson CabocloRG nº 8.387.351, data de expedição 13/11/2013Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 080.601.794.54 com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Tioze de Maio, nº 01,complemento Santa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Fabio Valentino de Sousa Santana cujo o condutor eraCícero Gleidson Caboclo.Veículo: PAS / MOTOCICLETAModelo: HONDA / CG 150 TITAN MIX RSAno: 2009 / 2009Placa: KLF6 799Chassi: 9C2KC16109R043404Data do Acidente: 30/09/2017Local e Data: S. Talhada, 06/12/17X Cícero Gleidson Caboclo
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO AMARAL DA SILVA
Telefone: (87) 38311-524Maria Lúcia de Sousa
Substituta
187.093.384-2

Reconheço a Firma por Autenticidade de CÍCERO GLEIDSON CABOCLO, Dou Ed. Serra Talhada - PE, Em Teste da verdade () Reginaldo Amaro da Silva - Titular () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. - R\$ 0,30. TSNR - R\$ 0,78. FERC - R\$ 0,39. ISS - R\$ 0,19.

Selo: 0074472.J2H01201601.04399 25/01/2018 11:31:34
Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigitalEXCELSIOR SEGUROS
30 JAN 2018
SEGURO 22/17



HOSPITAL RE... AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

13:43 N° 6512

Data e Hora: 30-09-17	Data Nasc.: 00/09/92
Nome: Fabriso Valentim de Souza Santana	
Mãe: Maria Fionelde de Souza Santana	
Profissão: Pedreiro	Sexo: M Estado Civil: Solteiro Escolaridade:
Responsável: genitora	
End. do Paciente: Rua Um 972	
Bairro: Bom Jesus	Município: Serra Talhada/PE Fone: 279657 2308
Cartão SUS:	Doc. Identidade: 29.176.284
Raça/Cor: ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Paciente alcoolizado, admitido no pronto-socorro com TCE e hemorragia em face da cabeça e região frontal.
 M.C. REG, ~~teste~~ Dorsal, ~~hipocampo~~, ~~desolado~~
 Abd: Depressão plástica, na qual se observam
 bruxos. GASTRO 11 PA: 90x60 mm FC: 100 bpm

Tratamento:

- Análise Neurológica
 - SRL 1500 l.a. 2º 3º
 - Voltar 1º IM

Paulo Cesar Faria
 Enfermeiro Emergência
 COREN-PE 236-842

Atuação odontológica.

AO EXAME TÓMOGRAFICO FOI OBSERVADO: Presença de fratura do arco maxilar, 1º grau
 O: fratura de 1º grau de lateral do seio estomato. Presença de fratura de 1º grau de lateral do seio estomato.
 Transfere-se para o Hospital de Referência em Recife, SEMED: 5267673

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☒ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

Médico: Carimbo
 Dr. Raulery Machado
 Médico Cirurgião Geral
 CREMEPE: 22566
 CREMECE: 17837

EXCELSIOR-SEGUROS
 30/09/2017

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Paciente:

Fabio Valentino

DATA:

HORA.

13 45

DATE: 11/11/2019

ALCANTARA

Idade:

(C) 1999

(Faint handwritten notes)

Colossian 10 p. 13. PA: 90x60

NO. 70 AS2 CENIO

Paulo Cesar F. L.
Enfermeiro Emerito
CORAN de 2305

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

30/09/12 ~~NR~~

PM: 22h. Paciente vítima de acidente de moto em
capóte em vigência de licença alavêria interna
há cerca de 02 horas. Exame Neurológico: FCC

Exames Solicitados em região frontal superior, localizando estímulos dolorosos com HSE, palpouros soltos, sem Ao, GLS = 09, isocórico, sem imobilização cervical.

PRESCRIÇÃO MÉDICA CT de Crômio.

Medicação	Horário	Obs.:
Dietas 3000.		
GE 0,4g 1500 ml EV 24h		
Ranitidina 50mg + ABD EV 8/8h		
Dipirona 2,0g + ABD EV 6/6h		
Bromoprida 0,1 amp. + ABD EV 8/8h		
Fenoxibenzam 20mg + diluente EV 12/12h		
Clozapem 10g EV Auto se crise convulsiva		
Pauze de 1 hora d TCE e bem tolerado		
"após o período de sono - Carotenos comestíveis"		
Ola. melancolia ingenuidade / O de início de sintomas		

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 843199

Nome: Falvo Valentim de Souza

Foi atendido às 16:22 hs. do dia 01/10/2014

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclistas euron do com fratura de arco zigomáxila (C)

* Paciente necessita de 30 dias de repouso domiciliar

Tratamento Realizado: tratamento ambulatorial

Observação: Receberá os medicamentos BNF da quinta-feira de 13 de maio (precisa na marca)
Cópia de: alta BNF dia 02-10-14

Dr. Kelyne Nogueira
Médico

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

EXCELSIOR SEGUROS

30 JAN 2018

SEG: 11111111

Cód. 0157

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : FABIO VALENTIM DA SILVA SOARES

Foi atendido às _____ hs. do dia 01 / 20 / 11

Diagnóstico Provável : TCT 1801

: CONJUNTO UNDO

: HSA

elo: 190

Tratamento Realizado : Exame físico e laboratorial

em 1901 m. Nucleotômico

: Atendimento em Nucleotômico

em 1901 m.

Observação : Do Nucleotômico Nucleotômico

Cópia de : 1901 m.

Médico - CRM Nº _____

EXCELSIOR SEGUROS
30 JAN 2018
SEGUROS

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andreia Diniz

ALFESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROLOGIA - NEUROFISIOLOGIA

Dr. Eberione A. Silva

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USO MUSCULOESQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda

OTOLINGUISTICA - OTOLOGIA -
OTORRINO LARINGOLOGIA - OTOLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Adelson Feitosa

MEDICINA ORTOMOLÓGICA -
PARA O CONTROLE DE OCLUSÃO

Dra. Ana Carolina Sampalo

ODONTOLÓGICA - FORTES DA ORFEDINHA - NODOMETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE ORCOTRATAMENTAL

Dr. Antônio Melo

CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA -
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José

REUMATOLOGISTA

Dra. Danielly Duarte

GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
USG GINECOLÓGICA E OBSTETRICA
MEDICINA FETAL

Documentação médica - hospitalar



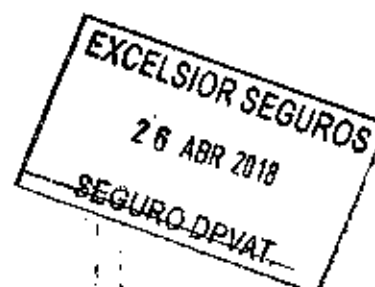
FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

RELATORIO MEDICO

TRAUMA CRANIO-ENCEFALICO EM ACIDENTE MOTOCICLETA .
TOMOGRAFIA COM SINAIS DE HSA E FRATURA DE ZIGOMATICO .
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL
APRESENTA HISTORIA DE TONTURAS .
CEFALEIA
ALTA MEDICA JANEIRO 2018

SERRA TALHADA 26-04-2018

DR. EBERIONE SILVA 15.122
CEM FONE: (87) 9.9916-0112



Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com

DUT

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

VIA ODO, HIENAWAN; BAN F. C. EXERCISE

[illegible]

NAME _____
 FILED ON CARD NO. _____

THE

03-1-20-1	03-1-20-1
-----------	-----------

CHASSI 9C67040108R012409

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
MOTOCICLETA	AL-57 (SA 30)

MARCA / MODEL		ANO FAB.	ANO MODE
FORD TITAN MLT P2		2009	2009

— CATEGORIA	— CON PREDOMINANTE
14500 L	VEGETALIA
— CANT. TOT. / CIL.	

DOTA UNICA	VENQ. DOTA UNICA	VENQ. DOTALS
2013	2013	2013
2014	2014	2014
2015	2015	2015
2016	2016	2016
2017	2017	2017
2018	2018	2018
2019	2019	2019
2020	2020	2020
2021	2021	2021
2022	2022	2022
2023	2023	2023
2024	2024	2024
2025	2025	2025
2026	2026	2026
2027	2027	2027
2028	2028	2028
2029	2029	2029
2030	2030	2030
2031	2031	2031
2032	2032	2032
2033	2033	2033
2034	2034	2034
2035	2035	2035
2036	2036	2036
2037	2037	2037
2038	2038	2038
2039	2039	2039
2040	2040	2040
2041	2041	2041
2042	2042	2042
2043	2043	2043
2044	2044	2044
2045	2045	2045
2046	2046	2046
2047	2047	2047
2048	2048	2048
2049	2049	2049
2050	2050	2050
2051	2051	2051
2052	2052	2052
2053	2053	2053
2054	2054	2054
2055	2055	2055
2056	2056	2056
2057	2057	2057
2058	2058	2058
2059	2059	2059
2060	2060	2060
2061	2061	2061
2062	2062	2062
2063	2063	2063
2064	2064	2064
2065	2065	2065
2066	2066	2066
2067	2067	2067
2068	2068	2068
2069	2069	2069
2070	2070	2070
2071	2071	2071
2072	2072	2072
2073	2073	2073
2074	2074	2074
2075	2075	2075
2076	2076	2076
2077	2077	2077
2078	2078	2078
2079	2079	2079
2080	2080	2080
2081	2081	2081
2082	2082	2082
2083	2083	2083
2084	2084	2084
2085	2085	2085
2086	2086	2086
2087	2087	2087
2088	2088	2088
2089	2089	2089
2090	2090	2090
2091	2091	2091
2092	2092	2092
2093	2093	2093
2094	2094	2094
2095	2095	2095
2096	2096	2096
2097	2097	2097
2098	2098	2098
2099	2099	2099
2100	2100	2100
2101	2101	2101
2102	2102	2102
2103	2103	2103
2104	2104	2104
2105	2105	2105
2106	2106	2106
2107	2107	2107
2108	2108	2108
2109	2109	2109
2110	2110	2110
2111	2111	2111
2112	2112	2112
2113	2113	2113
2114	2114	2114
2115	2115	2115
2116	2116	2116
2117	2117	2117
2118	2118	2118
2119	2119	2119
2120	2120	2120
2121	2121	2121

[illegible]

DATA DE INSCRIÇÃO: _____

DEBERRAÇÕES

10

Local _____ Data _____

CHIEVES HILLVIEW, NORTON BLISS

EXCELSIOR
30 JAN 2018
SEG

30 JAN 2016

3E91

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082157 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082157 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
SANTANA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DISCRETO ABAIXAMENTO AO NÍVEL DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
PACIENTE EVOLUIU SEM SEQUELAS MOTORAS. APRESENTA DISCRETA DEFORMIDADE EM HEMIFACE ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082157 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE FACE (ZIGOMÁTICO ESQUERDO)..

Descrição do exame médico pericial: SINAL DE ROMBERG SENSIBILIZADO POSITIVO, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE; DISCRETO INFRADESNIVELAMENTO EM HEMIFACE ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DE FRATURA DE FACE COM DISCRETO DESNIVELAMENTO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Médico examinador: Emanuel de Barros e Silva

CRM do médico: 18229

UF do CRM do médico: BA

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

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 Fábio Valentino de Souza Santana
portador(a) do documento de identidade nº 9.176.284, expedido por SDS/PE, em
23/02/2011 inscrito no CPF sob o nº 702.090.834-90, residente na
Rua Cap Manoel Inácio de Medeiros, nº 972
complemento Cama, Bairro Alto Bom Jesus, cidade
Serra Talhada, 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.

S. Talhada, 06 de dezembro de 2017.

Outorgante

Fábio Valentino de Souza Santana



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
TELEFONO: (81) 35311-924

Reconheço a firma por Autenticidade de FÁBIO VALENTINO
DE SOUZA SANTANA, Dou E: Serra Talhada - PE, Em Teste
() da verdade, () Reginaldo Anísio da Silva -
Titular, () Maria Lúcia de Sousa - Substituta, Emol.
- R\$ 3,30. TSNR - R\$ 0,78. FERC - R\$ 0,39. ISS - R\$

Selo: 0074872.UYU01201801.04400.25/01/2018 11:31:34
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 167.033.334-20

Procuração



EXCELSIS

30 JAN 2018

SEGURO

Procuração

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

1. Outorgante Fábio Valentino de Souza Santana
portador(a) do documento de identidade nº 9.176.284, expedido por SDS/PE, em
23/02/2011 inscrito no CPF sob o nº 702.090.834-90, residente na
Rua Cap Manoel Inácio de Medeiros, nº 972
complemento Cama, Bairro Alto Bom Jesus, cidade
Serra Talhada, 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.

S. Talhada, 06 de dezembro de 2017.

Outorgante

Fábio Valentino de Souza Santana



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (81) 35311-924

Reconheço a firma por Autenticidade de FÁBIO VALENTINO
DE SOUZA SANTANA, Dou Es. Serra Talhada - PE, Em Teste
() da verdade, () Reginaldo Anísio da Silva -
Titular, () Maria Lúcia de Sousa - Substituta, Empl.
- R\$ 3,30. TSNR - R\$ 0,78. FERC - R\$ 0,39. ISS - R\$

Selo 0074872.UYU01201801.04400.25/01/2018 11:31:34
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 167.033.334-20

Procuração



EXCELSIS

30 JAN 2018

SEGURO

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Nº Sinistro: **3180082157**

Vitima: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180082157**.

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 12414647



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**
Nº Sinistro: **3180082157**
Vitima: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180082157**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12416770



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Sinistro: **3180082157**

Vítima: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

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 3180082157** 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, 22 de Março de 2018

Carta nº: 12554210

A/C: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

Nº Sinistro: 3180082157
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: 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: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000056083-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12895178

A/C: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

Nº Sinistro: 3180082157
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: 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: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000056083-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

Nome completo da vítima

702.090.834-92

Fábio Valentino de Souza Santana

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

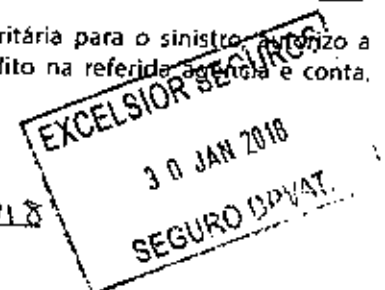
Nome completo Fábio Valentino de Souza Santana		CPF titular da conta 702.090.834-92	Profissão Agricultor
Endereço Rua Cap Manoel Inácio de Medeiros		Número 972	Complemento Casa
Bairro Alto Bom Jesus	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 56906-430
Email			Telefone (DDD) 8719634-4907

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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 0914	D/V _____	CONTA NRO. 56083	D/V 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	(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.



S. Talhada, 25 de Janeiro de 2018

Local e Data

X Fábio Valentim de Souza Santana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXCELSIOR SEGUROS

30 JAN 2018

SEGUROS



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [10/03/2018] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 02/10/2017**

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

APRESENTA DISCRETO ABAIXAMENTO AO NÍVEL DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DEFORMIDADE EM HEMIFACE ESQUERDA

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela 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):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) 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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [10/03/2018] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 02/10/2017**

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

APRESENTA DISCRETO ABAIXAMENTO AO NÍVEL DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

DEFORMIDADE EM HEMIFACE ESQUERDA

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela 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):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) 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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [17/05/2018] Petrolândia [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE FACE (ZIGOMÁTICO ESQUERO)..
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: NÃO HÁ RELATOS.
Data da Alta: 23/04/2011
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
SINAL DE ROMBERG SENSIBILIZADO POSITIVO, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE; DISCRETO INFRADESNIVELAMENTO EM HEMIFACE ESQUERDA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DISTÚRBO DE MEMÓRIA E DE EQUILÍBRIO E DEFORMIDADE EM HEMIFACE.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</p> <p>% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL</p> <p>% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) 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. Emanuel de Barros e Silva
CPF - 025.757.634-79
CRM/BA - 18229



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [17/05/2018] Petrolândia [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE FACE (ZIGOMÁTICO ESQUERO)..
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: NÃO HÁ RELATOS.
Data da Alta: 23/04/2011
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
SINAL DE ROMBERG SENSIBILIZADO POSITIVO, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE; DISCRETO INFRADESNIVELAMENTO EM HEMIFACE ESQUERDA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DISTÚRBO DE MEMÓRIA E DE EQUILÍBRIO E DEFORMIDADE EM HEMIFACE.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</p> <p>% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL</p> <p>% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) 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. Emanuel de Barros e Silva
CPF - 025.757.634-79
CRM/BA - 18229





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0267004081**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2017 às 20:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/9/2017 às 13:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR-232, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DE BERNARDO VIEIRA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / BR-232**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
CICERO GLEIDSON CABOCLO (NOTICIANTE)
FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) **CICERO GLEIDSON CABOCLO**

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

CICERO GLEIDSON CABOCLO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMEN SILVA CABOCLO** Pai: **VALDOMIRO JOSE CABOCLO** Data de Nascimento: **24/4/1984** Naturalidade: **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Documentos: **8387381/SDS/PE (RG), 08060179454 (CPF), 04726197586 (CNPJ)** Estado Civil: **ANUZIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 87996541418**

Endereço Residencial: **RUA TREZE DE MAIO, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IVONEIDE DE SOUZA SANTANA** Pai: **FRANCISCO VALENTINO E SANTANA** Data de Nascimento: **20/9/1992** Naturalidade: **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Documentos: **9176284/SDS/PE (RG), 70209083492 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 87996688717**

Residencial: **RUA UM, Nº972, ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 972 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CICERO GLEIDSON CABOCLO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO GLEIDSON CABOCLO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLF6799** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **166250554** Chassi: **9C2KC16109R043404**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. CICERO GLEIDSON CABOCLO, PARA COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA PELA RODOVIA BR-232 NO SENTIDO SERRA TALHADA-PE / SALGUEIRO, LEVANDO EM SUA CARUPA A VITIMA FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA, QUANDO NA, IMEDIAÇÕES DA ENTRADA DE BERNARDO VIEIRA AO BATER EM UMA PEDRA, VEIO A PERDER O CONTROLE E CAIR JUNTAMENTE COM A VITIMA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPAM, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO COM DR. RANIERY MACHADO (BOLETIM DE EMERGENCIA Nº65)

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

CICERO GLEIDSON CABOCLO
(NOTICIANTE)

x Cicero Gleidson Caboclo

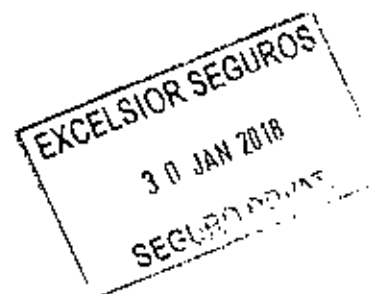
FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA
(VITIMA)

x Fabio Valentin de Souza Santana

Alexandre B. Santos

B.O. registrado por: **ALEXANDRE BITTENCOURT SANTOS** - Matrícula: **272.710-2**

Imprimir



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 interditada 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

Fábio Valentim de Souza Santana

CPF da Vítima

702.090.834-92

Data do Acidente

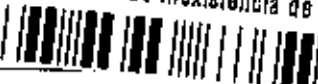
30/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante Legal

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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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.

EXCELSIOR SEGUROS
30 JAN 2018
SEGURO DPVAT

S. Talhada 25 de janeiro de 2018
Local e Data

X Fábio Valentim de Souza Santana
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 13:43 Nº

Data e Hora:	30-09-17	Data Nasc.	08/09/92
Nome:	Fabio Valentino de Souza Santana	Mãe:	Mrs. Ironeide de Souza Santana
Profissão:	Pedreiro	Sexo:	M
Estado Civil:	Celíburo	Escolaridade:	
Responsável:	genitora		
End. do Paciente:	Rua Tum 972	Bairro:	Santa Jesus
Município:	Serra Talhada/PE	Fone:	8-9657 230
Cartão SUS:		Doc. Identidade:	84.176.284
Raça/Cor:			
☐ Preto	☐ Parda		
☐ Amarelo	☐ Indígena		
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:	Paciente alcoolizado, com trauma no tórax esquerdo com TCE e hemorragia em base da caixa costal esquerda fratura. A/C: REG, taquicardia, dispnéia, hiperemia, desidratação. Abd.: Depressão plástica, na área à direita em pontos brancos. GASTROINTESTINAL: PA: 9x6cm. FC: 100bpm.		
Tratamento:	Análise Neurológica - SRL 1500ml. x 3° - Voltar logo IM. Análise colostológica. O AO EXAME FÍSICO FOI OBSERVADO TRAJE DE FRATURA DO ANCO CILINDRICO NA MÃO DA ESQUERDA E PARCIAL PARTE LATERAL DO SEIO ESTERNAL AJOELADO. TRANSPORTADO PARA O HOSPITAL DE DESTINO EM AMBULÂNCIA, SEMOS: 52626622.		
Impressão Diagnóstica:	EXCELSIOR SEGUROS 30 JAN 2018 SEGURO IMPRINT Dr. André Camargo CRM PE 7921		
Destino do Paciente: Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☐	
Removido para Hospital			
Óbito às	hs do dia	Dr. Raulery Machado Médico - Clínica Geral CREMEDE: 22566 CREMECE: 17637	
Médico - Carimbo e CRM:			

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000056083-0

Nr. da Autenticação 07286CDE6FDCEDF0

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000056083-0

Nr. da Autenticação 39CF17AD451971B0

Comprovante de residencia



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 12.408, de 2012
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 501, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.815.928/0001-43 | Insc. Est. 0005942-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 FRANCISCA VALENTINA DE SANTALHA
 CPF 564 150 614-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA CAPITANIL INACIO DE MEDEIROS
 912
 ALTO DOM JESUS/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 55800-430

CLASSIFICAÇÃO
 DA UNIDADE
 RESIDENCIAL
 Moradia

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
 04/04/2017
 DATA DE TÉRMINO DO PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
 04/05/2017
 DATA DE EMISSÃO DO COMPROVANTE
 04/04/2017

0222495028
 04/2017
 11/04/2017
 04/05/2017
 TOTAL A PAGAR
 50,66

CONSUMO ALÍQUOTA (KWH)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alíquota (KWH)	70,0000000	0,65092518	44,53
Adicional de Renda Mensal			1,78
Adicional de Renda Mensal - 1ª Parcela			0,14
Adicional de Renda Mensal - 2ª Parcela			1,04
ICMS Substituição CDB-AF 000710397-05/1/17			0,88
ICMS Substituição CDB-AF 00032888-03/02/17			0,87
PRO-EP 11/11/17-11/11/17-11/11/17-11/11/17			0,98

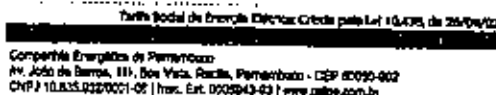
Nº DO MÊS	Tipo da Fatura	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO MÊS	CONSTANTE	JUSTIF.	CONSUMO (KWH)
01	1	01-01-2017	17.844,00	01-01-2017	01	1		70,00

CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
44,53	44,53	44,53	44,53
1,78	1,78	1,78	1,78
0,14	0,14	0,14	0,14
1,04	1,04	1,04	1,04
0,88	0,88	0,88	0,88
0,87	0,87	0,87	0,87
0,98	0,98	0,98	0,98

NOTA: O valor total a pagar é de R\$ 50,66. O valor do ICMS é de R\$ 0,88. O valor do PRO-EP é de R\$ 0,98. O valor do adicional de renda mensal é de R\$ 1,78. O valor do adicional de renda mensal - 1ª parcela é de R\$ 0,14. O valor do adicional de renda mensal - 2ª parcela é de R\$ 1,04.

EXCELSIOR SEGUROS
 30 JAN 2018
 SEGUROS

CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
44,53	44,53	44,53	44,53
1,78	1,78	1,78	1,78
0,14	0,14	0,14	0,14
1,04	1,04	1,04	1,04
0,88	0,88	0,88	0,88
0,87	0,87	0,87	0,87
0,98	0,98	0,98	0,98



ENDEREÇO DA UNIDADE CONJUNTORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA-PE
50912-130

03/10/2017 2010/2017 213.00

003304538	UNICA	20/09/2012
7809/2017	2000136242	38/7/2021

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adicional	229,00000000	0,57115072	130,79
Adesivo Bandeira ANAPELA			6,74
Adesivo Bandeira VERMELHA			2,07
Contribuição Insumos Públicos			7,06
ICMS Subvenção Insumos Públicos			1,42
Multa por atraso NF 002572122 - 22/08/17			2,27
Multa por atraso NF 002147168 - 18/07/17			2,27
Multa por atraso NF 002147168 - 19/07/17			2,27
Multa por atraso NF 002621122 - 22/08/17			1,92
Atividade KPM - NF 002621122 - 22/08/17			1,18
PRO-CRANÇ. A. (091)3412-8289 (090) 001 8000			0,10

TOTAL DA FATURA

NP OR INSTRUM	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DE CLAS	CONFORME	AJUSTE	OBSERVAÇÃO (Opc)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
201007299	CLT	25-06-2017	11.900,00	26-06-2017	13.813,00	29	1,0000		778,00

Machado 1974		Machado 1975		Machado 1976		Machado 1977		Machado 1978		Machado 1979		Machado 1980		Machado 1981		Machado 1982		Machado 1983		Machado 1984		Machado 1985		Machado 1986		Machado 1987		Machado 1988		Machado 1989		Machado 1990		Machado 1991		Machado 1992		Machado 1993		Machado 1994		Machado 1995		Machado 1996		Machado 1997		Machado 1998		Machado 1999		Machado 2000		Machado 2001		Machado 2002		Machado 2003		Machado 2004		Machado 2005		Machado 2006		Machado 2007		Machado 2008		Machado 2009		Machado 2010		Machado 2011		Machado 2012		Machado 2013		Machado 2014		Machado 2015		Machado 2016		Machado 2017		Machado 2018		Machado 2019		Machado 2020		Machado 2021		Machado 2022		Machado 2023		Machado 2024		Machado 2025		Machado 2026		Machado 2027		Machado 2028		Machado 2029		Machado 2030		Machado 2031		Machado 2032		Machado 2033		Machado 2034		Machado 2035		Machado 2036		Machado 2037		Machado 2038		Machado 2039		Machado 2040		Machado 2041		Machado 2042		Machado 2043		Machado 2044		Machado 2045		Machado 2046		Machado 2047		Machado 2048		Machado 2049		Machado 2050		Machado 2051		Machado 2052		Machado 2053		Machado 2054		Machado 2055		Machado 2056		Machado 2057		Machado 2058		Machado 2059		Machado 2060		Machado 2061		Machado 2062		Machado 2063		Machado 2064		Machado 2065		Machado 2066		Machado 2067		Machado 2068		Machado 2069		Machado 2070		Machado 2071		Machado 2072		Machado 2073		Machado 2074		Machado 2075		Machado 2076		Machado 2077		Machado 2078		Machado 2079		Machado 2080		Machado 2081		Machado 2082		Machado 2083		Machado 2084		Machado 2085		Machado 2086		Machado 2087		Machado 2088		Machado 2089		Machado 2090		Machado 2091		Machado 2092		Machado 2093		Machado 2094		Machado 2095		Machado 2096		Machado 2097		Machado 2098		Machado 2099		Machado 2100		Machado 2101		Machado 2102		Machado 2103		Machado 2104	
--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--

[illegible]

EXCELSIOR SECUR
30 JAN 2018
SECUR

Comprovanle de residencia

POLÍMERO	PESO APROXIMADO GRAMOS	LARGO MILÍMETROS	LARGO TRÁNSVERSAL	LARGO DIAGONAL	ESPESOR APROXIMADO (mm)	LARGO DE EMPAQUE (cm)	
						LIBRE	ENCUADRO
CAC	0,28	6,24	10,24	21,73			
PC	1,02	3,36	4,73	12,46			
CBM	0,28	3,11	6,20	0,83			

Lump Sum 13.20 P&G - Value of Expense as View of Outcome in District 4 - 47.50

CONTA CONTINUTO	INTERESSI	DATA DI VENCIMENTO	TOTALE A PAGARE DEL
-----------------	-----------	--------------------	---------------------

83830000002-0 13880011002-8 27807801810-0 09348487683-0





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03
NOTA FISCAL DE CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 16.835.932/0001-08 (Insc. Est. 0005843-83) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

FABIO VALENTINO DE SOUZA GAVILANZA

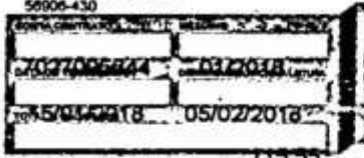
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CAP MANUEL INACIO DE MEDEIROS
 972

CNPJ 10.000.004/0001-07
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

ALTO BRAS, EQUIPADA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 50906-430



RESUMO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	152,0000000	0,87781320	102,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,58
Contribuição Autuação do PIS/PAS			7,08

EVOLUÇÃO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	V DE DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8177818	C48	11-12-2017	1330,16	09-01-2018	1482,20	48	1,0000		152,00

ANÁLISE DE CONSUMO

Mês/Ano	Base de Cálculo	%	Valor do Consumo	Consumo em Consumo
JAN 18 152	ICMS			Derivação de Energia R\$ 29,71 27,82%
FEV 17 125	PIS			Transmissão R\$ 3,13 2,96%
NOV 17	COFINS			Benefício de Cálculo R\$ 25,80 24,85%
OUT 17				Perdas de Energia R\$ 7,79 7,23%
SET 17				Energia Intermitente R\$ 6,75 6,46%
AUG 17				Tributos R\$ 31,70 30,11%
JUL 17				
JUN 17				
MAY 17				
ABR 17				
MAR 17				
FEB 17				
JAN 17				
	Consumo Ativo (kWh)			8,4000000

EC4F 3782 B2CB 383A 211A 0212 830A F787

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As informações aqui apresentadas são apenas para fins informativos e não devem ser utilizadas para fins de cobrança. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por erros de digitação ou por informações incorretas fornecidas pelos clientes. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso das informações aqui apresentadas.

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

(Consulte suas contas em aberto no site www.celpe.com.br)

Vencido	Devedor	Valor	Vencido	Devedor	Valor
18/01/17	06/01/18	87,18			

Em caso de não pagamento de dívidas, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar as medidas necessárias para a recuperação do crédito, incluindo a contratação de serviços de cobrança e a inclusão do nome do devedor em listas de inadimplentes.

Atenção: O cliente deve estar atento às informações aqui apresentadas e não deve utilizar as informações aqui apresentadas para fins de cobrança. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por erros de digitação ou por informações incorretas fornecidas pelos clientes. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso das informações aqui apresentadas.

ANÁLISE DE CONSUMO

Mês/Ano	Base de Cálculo	%	Valor do Consumo	Consumo em Consumo
JAN 18 152	ICMS			Derivação de Energia R\$ 29,71 27,82%
FEV 17 125	PIS			Transmissão R\$ 3,13 2,96%
NOV 17	COFINS			Benefício de Cálculo R\$ 25,80 24,85%
OUT 17				Perdas de Energia R\$ 7,79 7,23%
SET 17				Energia Intermitente R\$ 6,75 6,46%
AUG 17				Tributos R\$ 31,70 30,11%
JUL 17				
JUN 17				
MAY 17				
ABR 17				
MAR 17				
FEB 17				
JAN 17				
	Consumo Ativo (kWh)			8,4000000

ANÁLISE DE CONSUMO

Mês/Ano	Base de Cálculo	%	Valor do Consumo	Consumo em Consumo
JAN 18 152	ICMS			Derivação de Energia R\$ 29,71 27,82%
FEV 17 125	PIS			Transmissão R\$ 3,13 2,96%
NOV 17	COFINS			Benefício de Cálculo R\$ 25,80 24,85%
OUT 17				Perdas de Energia R\$ 7,79 7,23%
SET 17				Energia Intermitente R\$ 6,75 6,46%
AUG 17				Tributos R\$ 31,70 30,11%
JUL 17				
JUN 17				
MAY 17				
ABR 17				
MAR 17				
FEB 17				
JAN 17				
	Consumo Ativo (kWh)			8,4000000

EXCELSIOR SEGURO
 01 MAR 2018
 SEGURO DPVAT