



ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - HNTRC - EXERCÍCIO  
1 220653252 \* \* \* \* \* 2010

NOME  
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS

CMA GRANDE - PE

CPF / CNPJ - PLACA  
035.684.334-00 KFK7624

PLACA ANT/UE CHASSI  
KFK7624 902104630AR122000

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS MOTONEGRA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO NÍCIO  
HONDA/BIZ 125 MAIS 2010 2010

CAP/POT/GIL CATEGORIA GÊNERO DOMINANTE  
2E/124CL PARTIC ASUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTA  
IPVA 2010 QUITADO 1\* \* \* \* \*  
FAIXA IPVA PARCELA MÍNIMA/COTA 2\* \* \* \* \*  
3\* \* \* \* \*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IDF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADA PAGO

OBRAÇÕES  
SEM RESERVA  
*Charles Andrade Sousa Ribeiro*

FICHA DATA  
CMA GRANDE - PE 03/05/10

Charles Andrade Sousa Ribeiro  
Presidente - DETRAN-PE

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS SOCIAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE N° 013817075102 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
BAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 03/05/10

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 035.684.334-00 KFK7624

RENAVAM MARCA/MODELO  
220653252 HONDA/BIZ 125 MAIS

ANO FAB. CAL.TIP. Nº CHASSI  
2010 03 902104630AR122000

PRÉMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDF (R\$) CUSTO DA SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE DITACAO  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.666/0001-04

DEJAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
NÃO É DE USO PROIBIDO PORTAR

006-2117

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - HNTRC - EXERCÍCIO  
1 220653252 \* \* \* \* \* 2010

NOME  
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS

CMA GRANDE - PE

CPF / CNPJ - PLACA  
035.684.334-00 KFK7624

PLACA ANT/ALI  
KFK7624  
CHASSI  
902104630AR122000

ESPECIE TIPO  
PAS MOTONEGRA  
COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/BIZ 125 MAIS  
ANO FAB. ANO ÚTIC  
2010 2010

CAP/POT/GIL CATEGORIA  
2E/124CL PARTIC ASUL

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTA  
IPVA 2010 QUITADO 1\* \* \* \* \*  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTA 2\* \* \* \* \*  
3\* \* \* \* \*

PRÉMIO TARIFÁRIO IFSI IDP 2010 PRÉMIO TOTAL IPV DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADA PAGO

OBRAÇÕES  
SEM RESERVA  
*Charles Andrade Sousa Ribeiro*

FICHA DATA  
CMA GRANDE - PE 03/05/10

Charles Andrade Sousa Ribeiro  
Presidente - DETRAN-PE

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS SOCIAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE N° 013817075102 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
BAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 03/05/10

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 035.684.334-00 KFK7624

RENAVAM 220653252 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 MAIS

ANO FAB. CAL.TIP. Nº CHASSI 2010 03 902104630AR122000

PRÉMIO TARIFÁRIO FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP 2010 CUSTO DA COBERTURA (R\$)

PAGAMENTO DATA DE DITACAO  
COTA UNICA PARCELADO DATA DE DITACAO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.666/0001-04

DEJAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
NÃO É DESENTRALIZADO POR TÉCNICO

006-2117

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180474326      **Cidade:** Chã Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDVANIA SOARES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 03/05/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 04/06/2018, EMITIDA PELO DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA, CRM Nº 15595, DO HOSPITAL GERAL ARMINDO MOURA, EVIDENÇIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Eduanira Soares dos SantosDATA DO ACIDENTE 03-05-18 CPF DA VÍTIMA 030422454-34

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Rua 17 da MontanhaNº 255 COMPLEMENTO A BAIRRO LentinhaCIDADE João Pessoa UF PE CEP 55640-000E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 3011 3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- |                        |  |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.</li> <li>• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 8531724ASSINATURA José

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

**ARUANA SEGUROS**

DATA

09 OUT 2019

NOME

José

ASSINATURA



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Eduanira Soares dos SantosDATA DO ACIDENTE 03-05-18 CPF DA VÍTIMA 030422454-34

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Rua 17 da MontanhaNº 255 COMPLEMENTO A BAIRRO LentinhaCIDADE João Pessoa UF PE CEP 55640-000E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 3011 3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- |                        |  |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.</li> <li>• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 8531724ASSINATURA José

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

**ARUANA SEGUROS**

DATA

09 OUT 2019

NOME

José

ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180474326      **Cidade:** Chã Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDVANIA SOARES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 03/05/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTE OSSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 04/06/2018, EMITIDA PELO DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA, CRM Nº 15595, DO HOSPITAL GERAL ARMINDO MOURA, EVIDENÇIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Edvânia Soares dos Santos inscrito no CPF sob nº: 030.422.454-54 portador da cédula de RG: 5.058.536 residente e domiciliado residente na R. Serrinha esquina j.º 10 lot. Chá grande - PE.

Outorgado Jéssica Iracema Laurentino Ferreira inscrito no CPF sob nº: 093.907.724-86 portador da cédula de RG: 8531727 SDS-PE residente e domiciliado residente na R. 15 de novembro 255 a centro Gravata-pe.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima Edvânia Soares dos Santos.

Chá Grande 28 de Agosto de 2018



Edvânia Soares dos Santos

REGISTRO CIVIL DE CHÁ GRANDE | Site Civiliza | Oficial do Registro Civil e Titular  
E-mail: [aruanaseguros@aruanaseguros.com.br](mailto:aruanaseguros@aruanaseguros.com.br) | CNPJ: 25.562.670/0001-10 | Fone: (81) 99719-8506 | [www.aruanaseguros.com.br](http://www.aruanaseguros.com.br)

Reconhecido por Autenticidade a firma indicada de

EDVÂNIA SOARES DOS SANTOS

que confere c/ o padrinho reg. neste serventia.  
Dou fé \_\_\_\_\_ substituta. Chá  
Grande, 28/08/2018 Em test. \_\_\_\_\_ da verdade.  
Total: R\$ 4,76 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIAL)  
Válido somente com o selo 0074302.EX007201804.00182

Joanna Da...  
Substituta da Oficial  
Lima Silva

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Edvânia Soares dos Santos inscrito no CPF sob nº: 030.422.454-54 portador da cédula de RG: 5.058.536 residente e domiciliado residente na R. Serrinha esquina j.º 10 lot. Chá grande - PE.

Outorgado Jéssica Iracema Laurentino Ferreira inscrito no CPF sob nº: 093.907.724-86 portador da cédula de RG: 8531727 SDS-PE residente e domiciliado residente na R. 15 de novembro 255 a centro Gravata-pe.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima Edvânia Soares dos Santos.

Chá Grande 28 de Agosto de 2018



Edvânia Soares dos Santos

REGISTRO CIVIL DE CHÁ GRANDE | Site Civiliza | Oficial do Registro Civil e Titular  
E-mail: [aruanaseguros@aruanaseguros.com.br](mailto:aruanaseguros@aruanaseguros.com.br) | CNPJ: 25.562.670/0001-10 | Fone: (81) 99719-8506 | [www.aruanaseguros.com.br](http://www.aruanaseguros.com.br)

Reconhecido por Autenticidade a firma indicada de

EDVÂNIA SOARES DOS SANTOS

que confere c/ o padrinho reg. neste serventia.  
Dou fé \_\_\_\_\_ substituta. Chá  
Grande, 28/08/2018 Em test. \_\_\_\_\_ da verdade.  
Total: R\$ 4,76 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIAL)  
Válido somente com o selo 0074302.EX007201804.00182

Joanna Da...  
Substituta da Oficial  
Lima Silva

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447552/18

**Vítima:** EDVANIA SOARES DOS SANTOS

**CPF:** 030.422.454-54

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/05/2018

**Titular do CPF:** EDVANIA SOARES DOS SANTOS

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86**

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

**EDVANIA SOARES DOS SANTOS : 030.422.454-54**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 11/12/2018

Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA  
CPF: 093.907.724-86

Data do cadastramento: 11/12/2018

Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

---

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
  
Nº Sinistro: **3180474326**  
Vitima: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **03/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474326**.

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**



---

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180474326**

Vitima: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **03/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180474326**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

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

030422454-54

Nome completo da vítima

Edvana Soares dos Santos

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Edvana Soares dos Santos

CPF titular da conta

030422454-54

Profissão

RECUSA INFORMAR

Endereço

R. Silvino Bastos

Número

10

Bairro

Jd. São Silviano Ena - Expande

Estado

PR

Complemento

Email

CPF

55636-000

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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

- R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

- R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

; R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (231)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0943

070

CONTÁ

Nº

49494

DN

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

Nº

AGÊNCIA

Nº

DN

CONTÁ

Nº

(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 Lider 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.

Eduvana Soares dos Santos

Local e Data

Eduvana Soares dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DANOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do vidente ou ASL:

3180 444326 030422454-54 Edvânia Soares dos Santos

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

Nome completo:

Edvânia Soares dos Santos

Profissão:

Fazendeiro

Bairro:

Aqueculta Rua Senhor Eustálio

Cidade:

Itatiaiuçu Ebi - Espírito

E-mail:

dec.dpvat@outlook.com

Estado:

PE

CEP:

030422454-54

Número:

20

Complemento:

55 E36 - 000

51 9184 9621

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 REUSO 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 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

INVALIDEZ PERMANENTE

 CONTA POUPANÇABradesco (237) Itau (341)  
Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 49494

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

Informar o dígito de conta

Informar o dígito de conta

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, devidamente autorizada, o valor da indenização, destinada ao beneficiário, a que eu tiver direito, recomendar o abandono de direitos e a renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de resgateamento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, nome seja que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo informado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de resgateamento, sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que haverá a aplicação da indenização correspondente ao acidente de trânsito, conforme seção 4º art. 4º da Circular Susep nº 445/2012, que estabelece que a indenização é devida, mesmo que o beneficiário não tenha direito ao resgate, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_Vítima teve filhos?  Sim  Não Se todos falecerem, informar qual é o parentesco mais próximo: \_\_\_\_\_Vítima é Viva  Falecida  Faleceu recentemente  Faleceu há muito tempo

Estou ciente de que a Seguradora Lider exigirá, caso devidamente a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se ausentarem e/ou violarem esta condição, escândalo grave, ainda que de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira possa gerar a utilização de residência ou de hereditário, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal

## TESTEMUNHAS

1º Teste:

CPF: \_\_\_\_\_

2º Teste:

CPF: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

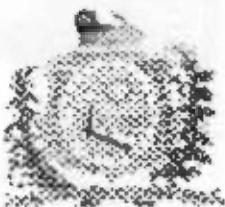
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A assinatura deve ser feita na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a que sua carimbo ou assinatura seja reconhecida, de modo que a mesma seja considerada válida.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

ARUANA SEGURADORA  
11 DEZ 2018  
Assinatura

2 de 2

17/08/2018 15:43



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÁ GRANDE -  
DP67ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0157000631**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2018** às  
**15:59**

Completa o BO Número: **18E0157000630**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu**  
no dia **3/6/2018** às **01:13**

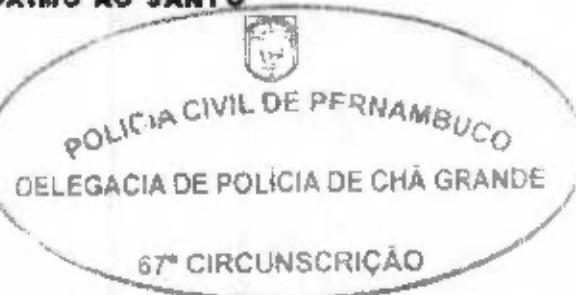
Natureza Jurídica: **CULPOSO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHÁ GRANDE, 1, PE 71** - Bairro:  
**CENTRO - CHÁ GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:  
**PRÓXIMO DO SANTO**

Lugar do Fato: **VIA PÚBLICA / VIA PÚBLICA PRÓXIMO AO SANTO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)  
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS (OUTRO)  
EDVANIA SOARES DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na garação da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
EDVANIA SOARES DOS SANTOS

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

**EDVANIA SOARES DOS SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão:  
**MARIA DA LUZ DA SILVA** Pat: **JOSE SOARES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **3/3/1973**  
Naturalidade: **CHÁ GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6558536/SDS/PE (RG)**,  
**03042248484 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- **94856270**



**VERONICE BEZERRA DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA MARCISO PEREIRA DE LIMA, 130 - CEP: 6 - Bairro: AUGUSTO  
DAVID - CHÁ GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **VERONICE BEZERRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(s) Sr(a): **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor AZUL - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFM7634** (PERNAMBUCO/CHA GRANDE) Renavam: **226359252** Chassi: **BCZJC4ZB0AR12208**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA BIZ 125**

### Complemento / Observação

**COMPARECEU NO DIA DE HOJE A SENHORA EDVANIA SOARES, COMUNICANDO QUE NO DIA 03/08/2018, POR VOLTA DAS 01:13 HORAS, QUANDO TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, NA PE 71 PRÓXIMO AO LOCAL QUE TEM UM SANTO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO E VEIO A CAIR NO CHÃO DE ONDE A MOTO FICOU COM AVARIAS E A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO E EM SEGUIDA FOI PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITA E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTOS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA DE ONDE PASSOU POR UMA CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO, POR ESTE MOTIVO VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR O FATO.**

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

+ *Edvânia Soares dos Santos*  
**EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
**(VITIMA)**



B.O. registrado por: **JAMERSON ROBERTO FERREIRA DO NASCIMENTO -**  
Matrícula: **138.972-6**



2 de 2

17/08/2018 15:43



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÁ GRANDE -  
DP67ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0157000631**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2018** às  
**15:59**

Completa o BO Número: **18E0157000630**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu**  
no dia **3/6/2018** às **01:13**

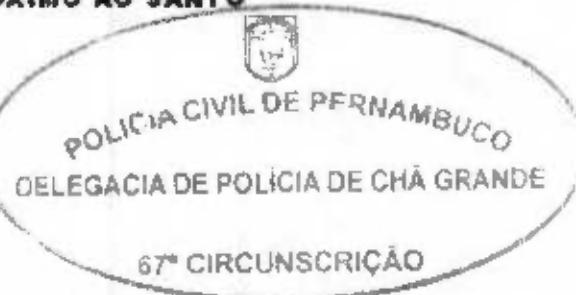
Natureza Jurídica: **CULPOSO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHÁ GRANDE, 1, PE 71** - Bairro:  
**CENTRO - CHÁ GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:  
**PRÓXIMO DO SANTO**

Lugar do Fato: **VIA PÚBLICA / VIA PÚBLICA PRÓXIMO AO SANTO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)  
VERONICE BEZERRA DOS SANTOS (OUTRO)  
EDVANIA SOARES DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na garação da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
EDVANIA SOARES DOS SANTOS

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

**EDVANIA SOARES DOS SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão:  
**MARIA DA LUZ DA SILVA** Pat: **JOSE SOARES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **3/3/1973**  
Naturalidade: **CHÁ GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6558536/SDS/PE (RG)**,  
**03042248484 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- **94856270**



**VERONICE BEZERRA DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA MARCISO PEREIRA DE LIMA, 130 - CEP: 6 - Bairro: AUGUSTO  
DAVID - CHÁ GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **VERONICE BEZERRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(s) Sr(a): **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor AZUL - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFM7634** (PERNAMBUCO/CHA GRANDE) Renavam: **226359252** Chassi: **BCZJC4ZB0AR12208**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA BIZ 125**

### Complemento / Observação

**COMPARECEU NO DIA DE HOJE A SENHORA EDVANIA SOARES, COMUNICANDO QUE NO DIA 03/08/2018, POR VOLTA DAS 01:13 HORAS, QUANDO TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, NA PE 71 PRÓXIMO AO LOCAL QUE TEM UM SANTO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO E VEIO A CAIR NO CHÃO DE ONDE A MOTO FICOU COM AVARIAS E A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO E EM SEGUIDA FOI PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITA E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTOS FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA DE ONDE PASSOU POR UMA CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO, POR ESTE MOTIVO VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR O FATO.**

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

+ *Edvânia Soares dos Santos*  
**EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JAMERSON ROBERTO FERREIRA DO NASCIMENTO -**  
Matrícula: **138.972-6**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIAMENTO DE CHA GRANDE  
67º CIRUNSCRITO





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

*Edvania Soares dos Santos*

CPF da Vítima

*030422454-54*

Data do Acidente

*03.05.18*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email:

Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

*epauta* 18 de Setembro de 2018

Local e Data

*Edvania Soares dos Santos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*BRUNA SEGUROS*  
09/05/2018



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DANOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do vidente ou ASL:

3180 444326 030422454-54 Edvânia Soares dos Santos

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

Nome completo:

Edvânia Soares dos Santos

Profissão:

Fazendeiro

Bairro:

Aqueculta

Cidade:

Ruia Serrana eustano

E-mail:

sot.sao seculo@outlook.com

dec.dpvat@outlook.com

Estado:

PE

CEP:

030422454-54

Número:

20

Complemento:

55836-000

81 91849621

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 REUSO 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 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

ASSINATURA DA VÍTIMA

TESTEMUNHAS



HJM

F. S. 121  
Data: 09/10/2019

Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano (s)  
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº re: 736385  
Feminino  
81 94856270

Endereço: R. NARCISO PEREIRA LIMA, nº . CENTRO  
Data/hora: 03/05/2018 - 02:55  
Setor: Leito:

Nº: 1/1

## CONSULTA - EDVANIA

### ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: DESCONHECE

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO, DOR E EDema LOCAL NO MOMENTO

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

### EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT mg/dL  
Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>: %

Observação:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

### RESULTADOS DE EXAMES:

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

- RX
- ANALGESIA
- 03:30. TRANSFERIDA PARA HOF

CRM: 11  
Dra. AFRA MARIA CAVALCANTI GARNIERO

CRUANA SEGUROS  
09 OUT 2019

Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano(s)  
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº registro: 736385  
Sexo: Feminino  
Fone: 81 94856270

Endereço: R NARCISO PEREIRA LIMA, nº , CENTRO, CHA GRANDE - PE  
Data/hora: 03/05/2018 - 02:55  
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

Mota - S

### ALERGIA: DESCONHECE

### QUEIXA PRINCIPAL:

( - )

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO. REFERE DOR E EDEMA LOCAL NO MOMENTO

### QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

#### EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL  
Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>: %

Osservação:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

### RESULTADOS DE EXAMES:

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

- RX
  - ANALGÉSIA
- 03:30: TRANSFERIDA PARA HOF

CRM: 26153  
Dra. AFRA MARIA CANDIDO CARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão  
Contato: (81) 3526-8833

17 ABR 2019  
ARUANA CEF/UFAL/UFPI



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02.

NOTA FISICAL - FATTURA - NOTA DI CREDITO E DEDUZIONE

**Companhia Energética de Pernambuco**  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-602  
CNPJ 10.450.832/0001-05 | Fone: (81) 3205-9400 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

SUCESSOS DO CLIENTE  
EDVANIA SOARES DO SANTOS

INTRODUÇÃO DA MEDIDA DE CUSTÓDIA PÚBLICA  
PRA SEVERINO CAETANO 10

CPF 030 422 454-54 NIS 1814289503

**LOTTO SÃO SEVERIN/CHACRAGRADE  
CHACRAGRADE PE**

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

1º DA INSTALAÇÃO 2º DA UNICA 3º DA INSTALAÇÃO

CODIGO CONTRATISTAS: 07/2018  
DATA DE VENCIMENTO: 06/08/2018  
TOTAL A PAGAR: R\$ 23.30

REF ID: A3

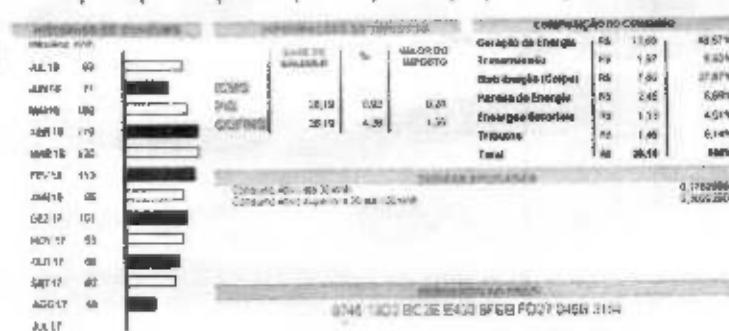
中華書局影印

DESCRIÇÃO	VALOR R\$	VALOR US\$
Consumo Abv 30 x 750	30.000,00	5.57
Consumo Abv 250mls a 30 ml - 00 x 750	62.000,00	10.28
Acrescimo Bandeira VERMELHA		2,94
Comissão de Turma da Pública		1,66
Multa por 07350-NF 015335210 - 07/05/18		0,56
Juros por atraso-NF 015335210 - 07/05/18		0,28
Atualização ICPI-NF 015335210 - 07/05/18		0,40

TOEFL READ 198

33

DEMONSTRATIVO DE COMPROVANTE DE VENDA FISCAL										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	EDIFÍCIO	DATA	ATUAL	LÉTICIA	Nº DE LIG.	COMPONENTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
01190263	CAT	00-00-2010	1022-06	05-07-2010			-			01-00



Praga no prado para uso de inseticida é recomendada quando a infestação for superior a 10% e quando o prado estiver com mais de 100 kg/m<sup>2</sup> de massa seca. A aplicação deve ser feita entre os dias 15 e 25 de junho. A dose de inseticida deve ser de 100 g/m<sup>2</sup>. O tratamento deve ser feito em dia seco e com temperatura acima de 20°C. O inseticida deve ser aplicado sobre o solo e não sobre as plantas. O resultado da aplicação deve ser observado em 10 dias.

www.sagepub.com/journals/supplements/10.1177/0898260305279001

Variable	Descripción	Valor	Variación	Desviación	Valor
Alto	Alto	1	0	0	0
Bajo	Bajo	0	0	0	0
Total	Total	1	0	0	0

www.sciencedirect.com  
Journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/amepharm>

que os resultados de estudo de caso mostram que é preciso pensar no que é necessário para o sucesso da estratégia de marketing digital.

PERÍODO	VALOR ESTIMATIVO MENSAL (R\$)	VALORES MENSALIZADOS			TÉRMINO MENSAL (DIA)	LÍIMITE DE MARCHAÇO (M)
		1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE		
2011	0,00	8,66	11,16	22,24	320	203
2012	0,00	7,42	8,96	13,76	321	231
2013	0,00	5,26	6,60	10,90		

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
QUINAS: sorteios de segunda-feira a sábado, AP

14/Set/2018 HORA DF 19:00:26

16-038361-6 TERM 032542

TERM 032547

LOT. 15.020001-0  
LOCALIDADE: GRAVALA  
AG. VINCULADA: 0943

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CELPE COMPANHIA ENERGÉTICA/PE

VOLUME DE PAGAMENTO: 25.43

03800000009 2543000110040  
089371158184 124965819632

257 777345297-1

50 YEA

www.silene.com | 1-800-334-4323 | M-F 8:00AM-5:00PM EST

Resumo: No período entre 2000 e 2005, o Brasil realizou uma reforma tributária que resultou na criação de um novo imposto sobre a renda, o Imposto sobre a Propriedade Predial e Mineral (IPTU). O objetivo da presente pesquisa é analisar a evolução da arrecadação desse imposto no Brasil, bem como a sua incidência sobre os contribuintes. A análise é feita a partir de dados empíricos, que permitem concluir que a arrecadação do IPTU cresceu de forma constante, apesar das crise econômica e política que atingiu o país.

As estruturas de rede de telecomunicações (AT&T, BellSouth, Qwest, Verizon) têm uma grande influência na economia americana e no seu crescimento. As empresas de telecomunicações são responsáveis por mais de 10% do PIB americano.

As principais diferenças  
concernentes ao Mecanismo AHDR-  
14290101, referem-se à:  
a) as regras de cálculo e à forma de  
apresentação das estimativas que  
constitui um aspecto fundamental.  
b) o entendimento sobre a  
aplicação da lei.

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2019

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria: 0800 282 5599  
Cia de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
Sul-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE  EDVANIA SOARES DO SANTOS CPF: 030.422.454-54 NIS: 16148695031	DATA DE VENCIMENTO  <b>17/12/2018</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 10/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 041715094	CONTA CONTRATO 007026037861 Nº DO CLIENTE 2002876029 Nº DA INSTALAÇÃO 0000986948
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  RUA SEVERINO CAETANO 10  LOTTO SAO SEVERINO/CHA GRANDE 55636-000 CHA GRANDE PE	TOTAL A PAGAR (R\$)  <b>28,35</b>	CLASSIFICAÇÃO  <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b>  <b>Monofásico</b>	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>		RESERVADO AO FISCO  <b>731D.F000.D7CE.8477.D7BC.E215.04B9.B45C</b>	

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)				
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18441265	5,53				
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	54,00	0,31613598	17,07				
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30				
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,88				
Multa por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,48				
Multa por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,47				
Juros por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,15				
Juros por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,22				
Atualização IGPM-NF 037930349 - 07/11/18			0,07				
Atualização IGPM-NF 034076384 - 05/10/18			0,18				
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>28,35</b>				
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>							
ICMS	PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
0,00	0,00	22,90	0,79	0,18	22,90	3,61	0,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
0000000000061185263	CAT	07/11/2018 7.470,00	10/12/2018 7.554,00	33	1,00000	0,00	84,00	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		1,68	5,55	11,10	32,21
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	8,85	13,70
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,68	3,28	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção am dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,04					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO		
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
			MÍNIMO	MÁXIMO
Pague no ponto mais perto de você! art studio roteval: avenida felix sobrinho gravata centro / islanda alimentos e bebidas: rua joaquim souto no 80 a galpão nossa senhora das gracasLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ." Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .	O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 3º, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMPS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,53 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

ESTÁQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026037861	12/2018	28,35	17/12/2018	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este caphoto será usado em leitora Ática.</p>

838900000005 283500110072 026037861100 152407576230



**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#### **INTIGAÇÃO MECÂNICA**

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria: 0800 282 5599  
Cia de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
Sul-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
EDVANIA SOARES DO SANTOS	<b>17/12/2018</b>	10/12/2018	007026037861
CPF: 030.422.454-54 NIS: 16148695031	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	<b>28,35</b>	10/12/2018	2002876029
RUA SEVERINO CAETANO 10		NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
LOTTO SAO SEVERINO/CHA GRANDE		041715094	0000986948
55636-000 CHA GRANDE PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	RESERVADO AO FISCO
			731D.F000.D7CE.8477.D7BC.E215.04B9.B45C

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)				
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18441265	5,53				
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	54,00	0,31613598	17,07				
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30				
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,88				
Multa por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,48				
Multa por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,47				
Juros por atraso-NF 037930349 - 07/11/18			0,15				
Juros por atraso-NF 034076384 - 05/10/18			0,22				
Atualização IGPM-NF 037930349 - 07/11/18			0,07				
Atualização IGPM-NF 034076384 - 05/10/18			0,18				
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>28,35</b>				
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>							
ICMS	PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
0,00	0,00	22,90	0,79	0,18	22,90	3,61	0,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDEIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000061185263	CAT	07/11/2018	7.470,00	10/12/2018	7.554,00	33	1,00000	0,00	84,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIC-No.de horas sem Energia		1,68	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	8,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,68	3,28	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,32	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,04					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO		
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
			MÍNIMO	MÁXIMO
Pague no ponto mais perto de você! art studio roberval: avenida felix sobrinho gravata centro / islanda alimentos e bebidas: rua joaquim souto no 80 a galpão nossa senhora das gracasLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .	O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago!, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m[Lei 10.438/02] e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,53 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

ESTÁGIO AVI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026037861	12/2018	28,35	17/12/2018	<p style="text-align: center;"><b>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</b></p> <p style="text-align: center;">Este caphoto será usado em leitora Ática.</p>

8389000000005 283500110072 036037861100 162402576230



**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este caphoto será usado em leitora ótica.**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#### **INTRODUÇÃO MECÂNICA**

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PONTES BEZERRA  
PROX AO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA  
CPF: 022.323.424-92

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVEMBRO 255 A

CENTRO/GRAVATA  
55640-000 GRAVATA PE

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

## DATA DE VENCIMENTO

**17/12/2018**

## TOTAL A PAGAR (R\$)

**98,15**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/11/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

23/11/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

040416856

## CONTA CONTRATO

004009371198

Nº DO CLIENTE  
2002274808

Nº DA INSTALAÇÃO  
0001267676

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

ED5C.855D.131F.C4CC.19CE.58E2.72CC.F79E

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	110,00	0,73645862	81,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,99
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,93
ICMS Subvenção-CDE-NF 032886796-21/09/18			0,20
Multa por atraso-NF 032886796 - 21/09/18			0,51
Juros por atraso-NF 032886796 - 21/09/18			0,13
Atualização IGPM-NF 032886796 - 21/09/18			0,24
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>98,15</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
84,14	25,00	21,03	84,14	0,74	0,62	84,14	3,44	2,88

ARUANA SEGURADORA

11 DEZ 2018

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	Consumo Ativo(kWh)	kWh
NOV 18	110	
OUT 18	53	
SET 18	31	
AGO 18	30	
JUL 18	30	
JUN 18	39	
MAI 18	65	
ABR 18	130	
MAR 18	126	
FEV 18	103	
JAN 18	107	
Pontos de Energia	162	
DEZ 17	106	
NOV 17	103	

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000063151182134	CAT	23/10/2018	3.525,00	23/11/2018	3.635,00	31	1.00000 0,00 110,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/12/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2018					
DIC-No.de horas sem Energia:		0,63	5,55	11,10	22,21
FIC-No de vezes sem Energia:		1,08	3,42	6,85	13,79
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,63	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 30,28					
Este Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! evilen presentes: rua padre joaquim cavalcanti no 23 gravata centro / laelson virgulino da silva - m: av gov agamenon magalhaes 134 pradoLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br). Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004009371198	11/2018	98,15	17/12/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 981500110046 009371198104 151910617334

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Fáfrica Bacalhau Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093904724 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edvanice Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.422.454 / 54, do sinistro de DPVAT cobertura Invulnerável da Vítima Edvanice Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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	Número	Complemento
Rua 15 de Novembro	255	A
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55640-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
	81 30113224	

Epaná, 18 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2018

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Fáfrica Bacalhau Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093904724 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edvanice Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.422.454 / 54, do sinistro de DPVAT cobertura Invulnerável da Vítima Edvanice Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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	Número	Complemento
Rua 15 de Novembro	255	A
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55640-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
	81 30113224	

Espirito 18 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Fáfrica Bacalhau I. Ferreira

**ARUANA SEGUROS**  
09 OUT 2018

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Fáfrica Bacalhau Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093904724 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edvanice Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.422.454 / 54, do sinistro de DPVAT cobertura Invulnerável da Vítima Edvanice Soares dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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	Número	Complemento
Rua 15 de Novembro	255	A
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55640-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
	81 30113224	

Espirito 18 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Fáfrica Bacalhau I. Ferreira

**ARUANA SEGUROS**  
09 OUT 2018

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Veronica Bezerra dos Santos,

RG nº 8.199.089, data de expedição 1/1/,

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 085.884.884-85, com  
domicílio na cidade de Chá Grande, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Centro

nº 546

complemento 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 Edvânia Soares dos Santos, cujo o condutor era Edvânia Soares dos Santos.

MOTONETA

Veículo: PAS HONDA/B12 125 MAIS

Modelo: HONDA/B12 125 MAIS

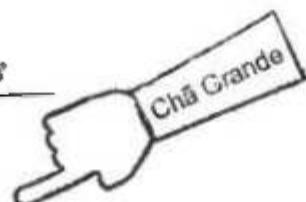
Ano: 2010

Placa: KFK 7634

Chassi: 9E2UE4230AR122080

Data do Acidente: 03.03.18

Local e Data: Chá Grande - PE 28.02.18



X Veronica Bezerra dos Santos

Assinatura do Declarante

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

REGISTRO CIVIL DE CHÁ GRANDE | Selo Cunha Elka | Oficial de Registro Civil e Vitalício  
R. André Quintino de Melo, 10 - Centro - Chá Grande - PE - CEP 54336-000 - Tel: (81) 3431-14-26/28 - laudia@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de

VERONICE BEZERRA DOS SANTOS

que confere c/ o padrão reg. desta serventia.

Dou fé Assinatura Substituta. Chá

Grande, 28/08/2018 Em test. \_\_\_\_\_ da verdade.

Total: R\$ 4,76 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)

Válido somente com o selo 0074302.DMNO7201804.00185

Silvia Daiane de Santana

ARUANA SEGUROS  
09/07/2019



HJM

F. S. 121  
Data: 09/10/2019

Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano (s)  
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº re: 736385  
Feminino  
81 94856270

Endereço: R. NARCISO PEREIRA LIMA, nº . CENTRO  
Data/hora: 03/05/2018 - 02:55  
Setor: Leito:

Nº: 1/1

## CONSULTA - EDVANIA

### ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: DESCONHECE

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO, DOR E EDema LOCAL NO MOMENTO

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

### EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT mg/dL  
Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>: %

Observação:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

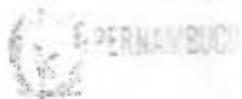
### RESULTADOS DE EXAMES:

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

- RX
- ANALGESIA
- 03:30. TRANSFERIDA PARA HOF

CRM: 11  
Dra. AFRA MARIA CAVALCANTI GARNIERO

CRUANA SEGUROS  
09 OUT 2019



UFPEL - Centro de  
Estudos da Medicina

Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano(s)  
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº regis.: 736385  
Sexo: Feminino  
81 94856270

Endereço: R. MARCISO PEREIRA LIMA, n.º 1 CENTRO - ALIANÇA - PE  
Data/hora: 03/05/2018 - 03:27  
Síntese: Celito:

Nº: 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### EXAME FÍSICO

T.A.: N. Temperatura: 36,1°C  
Album: Peso:

### ANAMSEDO MÉDICO

PAC. É UMA VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA E ESQUERDO. SINTOMA E DOR LOCAL.  
RX: EVIDENCIADA FRATURA DE FÍRULA.

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

### CONDUTA

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Gláucio de Freitas  
Motivo: Tratamento Cirúrgico  
Senha: 5418635

CRM: Dr.  
Dra. AFRA MARIA CAMARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriu: CEP: 53022-000 - Vitória de S. Antônio/PE  
Contato: 81 3222-8133





Armindo Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (CRM-4669)

Admissão: 283005

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 04/06/2018

## RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, EDVANIA SOARES DOS SANTOS é portador do diagnóstico:  
«**FRATURA DO TORNIZELO ESQ**».

CID: «**S826**»

PACIENTE FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 MÊS APRESENTANDO FRATURA ACIMA DESCrita  
E SUBMETIDA A CIRURGIA DE OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS.

ATUALMENTE EVOLUI SEM SEQUELAS, MAS COM DOR RESIDUAL AO PROCEDIMENTO, SENDO  
CONSIDERADA APTA FUNCIONALMENTE AFÓS RECONDICIONAMENTO FUNCIONAL EM  
FISIOTERAPIA.

ENCAMINHO PARA RETIRADA DE SSEGURO

Moreno, 04/06/2018.

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA -- CREMEPE: 15595

**ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNA À NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.**

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo emitida diretamente ao paciente ou responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 04/06/2018 as 09:38

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013



Armindo Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (1614469)

Admissão: 280682

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: ALOJ CONJ - 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

#### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO ESQ

CID 10:

S82.6

#### CIRURGIA REALIZADA:

ATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO  
COM PLACA E PARAFUSOS EM:  
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

#### ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

data: 07/05/2018 as 15:51

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595

DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA  
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2019

ARUANA SEGURADORA

11 DEZ 2013



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE  
Secretaria Municipal de Saúde  
PROGRAMA DA SAÚDE - PSF

Av. 20 de Dezembro, 148 - Fone: (81) 3537-1316 - Chã Grande/PE



Paciente vítima de acidente  
moto realizou tratamento  
fisioterapêutico onde realizou  
exercícios na lesão apesar de maior  
dolor este está melhorando para  
exercer suas atividades normais.  
A mesma Edvânia Soares dos  
Santos apresenta diminuição  
de AD de articular;

Dra. Poliana Tamires  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO - 211579-1  
34155138

ARUANA SEGURADORA

11 DEZ 2018



HJM

F. S. 121  
Data: 09/10/2019

Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano (s)  
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº re: 736385  
Feminino  
81 94856270

Endereço: R. NARCISO PEREIRA LIMA, nº . CENTRO - ITAÚNDI - PE  
Data/hora: 03/05/2018 - 02:55  
Setor: Leito:

Nº: 1/1

## CONSULTA - EDVANIA

### ANAMNESE:

Moto - S

ALERGIA: DESCONHECE

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM LESÃO EM PÉ ESQUERDO, DOR E EDema LOCAL NO MOMENTO

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

### EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT mg/dL  
Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>: %

Observação:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

### RESULTADOS DE EXAMES:

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

- RX
- ANALGESIA
- 03:30. TRANSFERIDA PARA HOF

CRM: 11  
Dra. AFRA MARIA CAVALCANTI GARNIERO





UFPEL - Centro de  
Estudos da Medicina

Nome: **EDVANIA SOARES DOS SANTOS**  
Dt. Nasc.: 03/03/73 - 45 ano(s)  
Mãe: MARIA DA LUZ DA SILVA

Nº regis.: 736385  
Sexo: Feminino  
81 94856270

Endereço: R. MARCISO PEREIRA LIMA, n.º 1 CENTRO - ALIANÇA - PE  
Data/hora: 03/05/2018 - 03:27  
Síntese: Celito:

Nº: 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### EXAME FÍSICO

T.A.: N. Temperatura: 36,1°C  
Album: Peso:

### ANAMSEDO MÉDICO

PAC. É UMA VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA E ESQUERDO. SINTOMA E DOR LOCAL.  
RX: EVIDENCIADA FRATURA DE FÍRULA.

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

### CONDUTA

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Gláucio de Freitas  
Motivo: Tratamento Cirúrgico  
Senha: 5418635

CRM: Dr.  
Dra. AFRA MARIA CAMARNEIRO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriu CEP: 53022-000 - Vitória de S. Antônio/PE  
Contato: 81 3222-8133





Armindo Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (CRM-4669)

Admissão: 283005

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 04/06/2018

## RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, EDVANIA SOARES DOS SANTOS é portador do diagnóstico:  
«**FRATURA DO TORNIZELO ESQ.**».

CID: «**S826**»

PACIENTE FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 MÊS APRESENTANDO FRATURA ACIMA DESCrita  
E SUBMETIDA A CIRURGIA DE OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS.

ATUALMENTE EVOLUI SEM SEQUELAS, MAS COM DOR RESIDUAL AO PROCEDIMENTO, SENDO  
CONSIDERADA APTA FUNCIONALMENTE AFÓS RECONDICIONAMENTO FUNCIONAL EM  
FISIOTERAPIA.

ENCAMINHO PARA RETIRADA DE SSEGURO

Moreno, 04/06/2018.

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA -- CREMEPE: 15595

**ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNA À NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.**

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo emitida diretamente ao paciente ou responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 04/06/2018 as 09:38

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013



Armindo Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: EDVANIA SOARES DOS SANTOS (1614469)

Admissão: 280682

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: ALOJ CONJ - 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

#### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO ESQ

CID 10:

S82.6

#### CIRURGIA REALIZADA:

ATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO  
COM PLACA E PARAFUSOS EM:  
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

#### ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

data: 07/05/2018 as 15:51

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM: 15595

DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA  
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.	
REGISTRO CEP/CEI	5.058.536
DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/06/2018	
NOME: « EDVÂNIA SOARES DOS SANTOS »	
FILIAÇÃO:	« JOSE SOARES DOS SANTOS » « MARIA DA LUZ DA SILVA »
NATURALIDADE:	DATA DE NASCIMENTO:
CHÁ GRANDE - PE	03/03/1973
DOC. ORIGEM:	« CN. 10.144 LA8 F.248V CART. CHÁ GRANDE-PE 20.06.1982 »
CPF:	030.422.454-54
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	
418293532706091804.8155020	
F-81 80.765 - 4750	



ARUANA SEGUROS  
09 OUT 2013



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.	
REGISTRO CEP/CEI	5.058.536
DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/06/2018	
NOME: « EDVÂNIA SOARES DOS SANTOS »	
FILIAÇÃO:	« JOSE SOARES DOS SANTOS » « MARIA DA LUZ DA SILVA »
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CHÁ GRANDE - PE	03/03/1973
DOC. ORIGEM	« CN. 10.144 LA8 F.248V CART. CHÁ GRANDE-PE 20.06.1982 »
CPF	030.422.454-54
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	
418293532706091804.8155020	
F-81 80.765 - 4750	