

Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do ve



Eu JUVINO RODRIGUES GOMES
RG nº 39367 data 28 de 06 expedição 28/06/2014
Órgão PMPP portador do CPF nº 795 841 364-53 com
domicílio na cidade de ABREU E LIMA no Estado de
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
QUATRO Qd "H" nº 17
complemento VILA MILITAR declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MAKLEY GOMES DE SAUTANA cujo o condutor era
JHONATAN DA SILVA GOMES

Veículo: CHEVROLET
Modelo: PRISMA
Ano: 2015
Placa: PEF 0861
Chassi: 9BGKS69L0FG301703
Data do Acidente: 08/04/17
Local e Data: RECIFE, 04 de Setembro de 2017

Assinatura do Declarante

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

70 Tabelionato de Notas Cartório Fábio Lourenço

Rua do Imperador, 52, Santa Antônia, Recife - PE - CEP: 53020-240 - Fone: (011) 3221-8888 - E-mail: f1213029@cartorio70.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de: JUVINO RODRIGUES

GOMES

Recife, 04 de setembro de 2017 Op.: 58 VIVIANE RIBEIRO DOS SANTOS

Empl.: 3,88 FERC: 0,39 TSMR: 0,78 Escrevente autorizado

Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.

Selo Eletrônico: 0077719.VTC08201702.02653

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MAXLEY GOMES DE SANTANA** Prontuário: 101941
Idade: 19a 1m 14d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 2/3/1998
Educação: Escolaridade: Telefone: CEP 53530780
Endereço: RUA CENTO E ONZE, 17 - CAETES I - ABREU E LIMA - PE

Dados da Internação

Local: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 9/4/2017 02:36
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-01
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: FATURADO
Endereço: Número: 18/04/17
Telefone: Cidade: Estado civil: CLAUDEVAN SOUSA
FATURADO

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 16/04/17 Hora da Alta: 13:00

Tipo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Melhorar clinica

Diagnóstico Principal: Fratura deslocada de tíbia 10

Diagnóstico Secundário01: REVISADO

Diagnóstico Secundário02: CUIH - HMA

Procedimento: HMB

Elio Gonçalves
Médico
CRM-PE 21448

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente e internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRARES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesia, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que sejam necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

de de

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Documentação médica - hospital



ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/04/2017 02:26

Nome Paciente:	MAKLEY GOMES DE SANTANA
Cód. Paciente:	101941
Data de Nascimento:	02/03/1998
Sexo:	Masculino
Idade:	19
Senha:	0006
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	373495 
SAME:	90297

Período: 08/04/2017 02:40 - 08/04/2017 02:40

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE PAULISTA COM SENHA 343495 VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO COM TCE LEVE + FRATURA EM PERNA DIREITA

Observação: ENCAMINHADO A SALA VERMELHA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Sintomador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/04/2017 02:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Atendimento: 373495

Senha da Classificação:

Data e Hora: 08/04/2017 02:37

0006

Paciente: 101941 MAKLEY GOMES DE SANTANA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 02/03/1998 Idade: 19 anos Convento: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO GOMES DE SANTANA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL CRM: 12347
Endereço: RUA CENTO E ONZE 17 Bairro: CAETES I
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 02:30h

Queixa Principal

Principais sintomas de COLICA CABO * CABO HA OSHOM
QUANDO SU DO DOZ GEM MID + LIMOCOS EVOLUAM

Exame Fisico

ETAB. CONSUMO ORIENTADO, GERMES, ALANÓPIO ECG = 15
MID: DOZ + LIMOCOS + DETERMINAR EM 173 HEDIA DE RENA (D)
NV PASIVADO

Hipótese Diagnóstico

(1) POLIMINIA (2) FC FORTISSIMO DO MID ?

Prescrição Médica

(1) SOLICITO R.C. BACA, PUNA (D), CUBICAL, TONIX
(2) AVALIAÇÃO DE CUBICAL GEMEL

Luiz Teodoro Neto
Cirurgião Especialista
CRM 21785

Paciente com EX NÓDULO A TÍDIA (E) FORTISSIMO.

C. D. TAC GEMEL. PRODUZINDO MID.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

08/04/17

C. final

Vítima de acidente carro-carro. Sobre
TCE, sem perda de consciência ou vômitos.
Relata dor no abd e leve no crânio.
Ingeriu bebida alcoólica.

- A - Vias aéreas livres + color cervical
- B - MMJ em ATR 1/14 FR: 20 rpm
- C - RIR em 20 BNF 1/14 FC: 104 bpm
- D - Glasgow 15, pupilas isocólicas e fotoreagíveis
- E - Lado em frente, sem sangramento ativo

Não há dor na coluna, o palpado da coluna
não há dor.

Reflexo extensor.

ABA: Decúbito, deprimido, midriase à palpação.

os: 1) Solicito TC de crânio e
coluna cervical.

2) Retirar placa nítida após

TC.

3) Manter color cervical até 2ª ordem.

4) Aspirona 1g - 02x/dia + AA

1) Trauma 100g + 100g 500,9 x 2

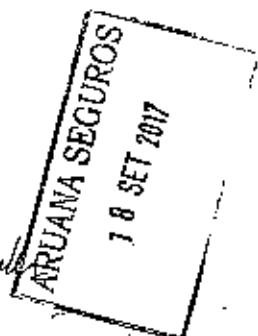
Gustavo S. Carvalho
Res. Cirurgião
CRM 192308

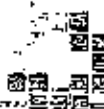
04/10

TC cervical e crânio sem alterações.

os: 1) Retirar color cervical e placa nítida
2) Observação.

Gustavo S. Carvalho
Res. Cirurgião
CRM 192308





HOSPITAL
MIGUEL ARRAS



निदेशक: डॉ. मीरजा नूरुल
निर्देश: सामान्य शिक्षण

NOME: Makley Gomes de Santana

REG.: 104941 SETOR: ENFERMARIA: LEITO:

DATA/HORA	
10/04/17	#501#
10h	09:00h
	HO: ① Fratura de tíbia ② pérfia. Paciente estável, sem queixas Febre, supúrico, consciente e orientado CD: ① Elevar membros acometido ② Cuidados locais ③ aguardar programação cirúrgica
	Dr. Ayron B. F. 152 CRM: 152/152 2017/02/28
	#501#
11/04/17	09:19 am
08:30	# HO: 1) Fratura de diáfise de tíbia e fíbula # Paciente estável, sem queixas # TGB supúrico, hidratado, vigil, orientado # em uso de: simtomáticos # cd: 1) Início antibiótico terapia, com cepaloxima 2) Cuidados locais 3) Elevar membros acometido
	Dr. Ayron B. F. 152 CRM: 152/152 2017/02/28

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Mauky Gomes de Siqueira

REG.: 101944 SETOR: ENFERMARIA: LEITO:

DATA/HORA	
8/10/17	→ Com Calor
21/10	
	Doel: história de polioencefalopatia e fratura fechada de tíbia direita.
	Imagens do tórax sem alterações
	No momento, respiratório, digestivo sem
	do.
	CD: Alta de emergência.
	Apresenta reações de defesa e controle
	de dor aguda.
8/10/17	#207
	→ ID: fratura de tíbia D
	→ Paciente vítima de acidente automobilístico há 24h, com lesão extensa hemodinâmica com perda de dor em MID
	→ EF: BEG, COTRADA, insuflado, hidratação, manuseio MID: edema em tíbia D, com limitação funcional
	-CD: Sotermamento

Dr. Roberto de Aguiar
Fisioterapia
08/10/2017

Dr. Roberto de Aguiar
Fisioterapia
08/10/2017

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017



MIGUEL ARRABES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Makley, Gomes de Santana REG: _____
 CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

REG:

LEITO

[illegible]

Dr. Renato Molando
Univ. de Trujillo
Tel: 0424 23 345

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42352

Sala : 0002 SALA 02

Paciente : 101941

MAKLEY GOMES DE SANTANA

Atendimento : 373563

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNAÇÃO

Carteira :

Leito : 554

VER02-01

Idade : 19 Anos 13 Dias 16 Horas

Dt. Inicio : 15/04/2017 16:38

Dt. Fim : 15/04/2017 17:34

Cid Pré-Operatório : S822

FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

Cid Pós-Operatório : S822

FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNAÇÃO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
CIRURGIÃO: DR. ELIO
1º AUXÍLIO: DR. RODRIGO DAMASCENO
2º AUXÍLIO: DR. PEDRO CUNHA
ANESTESISTA: DRA. SILVA
ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID;
4. INCISÃO DE PELE DE 09CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
5. DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
7. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 8, 9 E 10;
9. COLOCAÇÃO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 9 X 320;
10. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS (30 E 35) E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS (40 E 45)
11. OBSERVADO BOM POSICIONAMENTO DA HASTE COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
12. LIMPEZA COM SF 0.9%;
13. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
14. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Pedro Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23.958

FATURADO
18/04/17
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

2ª Via

NOME: McKley Gomes de Saibane REG: 101841
IDADE: 101 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO: 09/04/12 DATA DA ALTA: 16/09/12
DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMENTO REALIZADO:

HMB em forma de tina ①

ORIENTAÇÃO:

Uma cl longa com forma do
APD e AIN e pl com
ritmo cl 2 suaviz
curativo diário

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

cl 2 semanas p/
Dr Jefferson
Colme


Elio Gonçalves
Médico
CRM 30448

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 373495 Prontuário: 101941 SAME: 90297 Hora Atend: 02:37 Data Atend: 08/04/2017
Paciente..... : MAKLEY GOIYES DE SANTANA Idade: 19 a
Endereço..... : RUA CENTO E ONZE
Bairro..... : CAETES I
Cidade..... : ABREU E LIMA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA UF: PE CEP: 53530780
CID Principal..... : Plano: PLANO UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 08/04/2017 Hora Saída : 02:36

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento de Internação
Ouvante da Alta Hospitalar do Paciente.

Atendimento: 373563

Atendimento: 09/04/2017 - 02:38

Dt Alta: 16/04/2017 - 17:00

Paciente: 101941 MAKLEY GOMES DE SANTANA

Serviço: 37 ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 554 VERD2-01

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANDREIAKMS

CID:

Atendimento de Alta 0301050070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

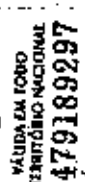
ANDREIA KARLA MONTEIRO SENNA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

00000000000000000000000000000000

		REPUBLICA DE PORTUGAL SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO REPUBLICA DE PORTUGAL SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME MARLEY GOMES DE SANTANA					
		DOL. IDENTIFICAÇÃO, ENDEREÇO / UF 9920487 SEM PE			
		CNP 113.441.834-39		DATA NASCIMENTO 02/03/1996	
Função MANOEL PANTALEAO DE SA ETANA FILHO MARIA DO CARMO GOMES D E SANTANA					
PERMISSÃO PERMISSÃO		VALIDADE 11/09/2017		CAT. FIM AE	
Nº IDENTIFICAD 05703464446		VALIDADE 11/09/2017		1ª REGISTRAÇÃO 16/09/2016	
OBSERVAÇÕES EAR					
MARLEY GOMES DE SANTANA					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL PAULISTA, PE		DATA EMISSÃO 13/06/2017			
Assinatura do Titular Manoel Pantaleão de Sa Etana Filho Assinatura do Titular					
05703464446 PROT. 9837700					
PERNAMBUCO					

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

VALIDA EM TODOS OS REGISTROS FISCALIS	969338554	NOME		ALLYSSON CLAUDIO CANDIDO FERREIRA	
		DOC. IDENTIFIC. (CPF, PASSAPORTE)		5609703-808-94	
PRIMEIRO PLANTILHA	969338554	CNPJ		082.964.624-55	
		DATA NASCIMTO		27/08/1993	
		FUNCAO		MARCEL CLAUDIO LEITE FERREIRA	
		ANEXO CANDIDATO A		SILVA FERREIRA	
		PROFISSAO		ADM.	
		RACIA		BR.	
		P. Registro		04823002084	
		VALIDEZ		14/10/2019	
		FIM DE VALIDADE		30/11/2005	
		Assinatura do Candidato			
Assinatura do Provedor					
LOCAL		RECIBE .. PE		Data Recibo	
				19/10/2014	
		Assinatura do Provedor		01686654679 07052377375	
OUTRO DOCUMENTO PARA ATUALIZACAO					

18 SET 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511780

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Data do acidente: 08/04/2017

Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURA DE PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA ELSAO DO CRANIO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ELSAO DA PERNA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR, FEZ 16 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM DEFICIT NEUROLOGICO, COM DOR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E D TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA MARCHA ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/10/2017

Conduta mantida:

Observações: obs - NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PI

Outros

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **Maíllyr Gomes de Santana**

DATA DO ACIDENTE **08/04/2017** CPF DA VITIMA **213.641.824-59**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **Allysson Claudio C. Ferreira**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

() VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É **Maíllyr Gomes de Santana**

ENDEREÇO DO PORTADOR **R. Apodouru**

Nº **66** COMPLEMENTO **Casa**

CIDADE **Quindá**

UF **PE**

CEP **53250-060**

BARRO **Jordim Traposo**

E-MAIL **allyssondaudor@gmail.com** TELEFONE (R.) **9.8560-8335**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIENTE PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, ORIGINAL E ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, CUIDA-SE DA ASSINATURA

() RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS COM ASSINATURA DO PORTADOR (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS COM ASSINATURA DO PORTADOR (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS COM ASSINATURA DO PORTADOR (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS COM ASSINATURA DO PORTADOR (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) OU LAUDO DO IML (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() 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 QUANTO AO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: O LAUDO DO IML É O ÚNICO DOCUMENTO QUE NÃO TEM PRAZO PARA ENTREGA, PODENDO SER ENTREGUE EM QUALQUER MOMENTO.

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIENTE PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) OU LAUDO DO IML (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() 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 QUANTO AO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) OU LAUDO DO IML (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() 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 QUANTO AO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 9.474.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PRONTO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODPVATBAISITO.COM.BR OU LIGAR: 0800 077 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURADORA

IDENTIDADE **7.809.703**

NOME **Allysson Claudio C. Ferreira**

ASSINATURA **Allysson Claudio C. Ferreira**

ASSINATURA **Allysson Claudio C. Ferreira**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511780 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA **Data do acidente:** 08/04/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia direita
Tce

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais causadas pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letra de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: MARLEY GOMES DE SANTANA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 9.220.487 503/PO

CPF: 113.041.824-59

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: RUA DOZIS, QUADRA-C, Nº 12, VILA MILITAR, ABREU E LIMA

CEP: 53.530-615

Telefone: (81) 9 8831-5072

Procuração



ORTOGADO:

Nome: Allysson Claudio Candido Ferreira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 7.809-703

CPF: 082.964.624-86

Profissão: Estudante

Endereço: Rua Algodoeiro, 65, Jardim Frágoso, Olinda-PE

CEP: 53.250-050

Telefone: (81) 98550-8335

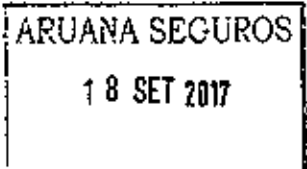
Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

MARLEY GOMES DE SANTANA



Abreu e Lima, 25 de Agosto de 2017.

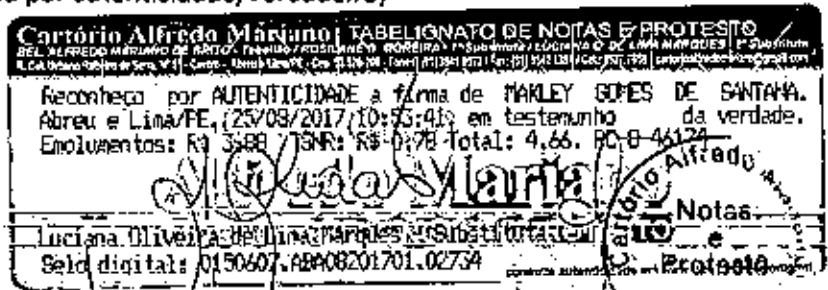
Local e data



MARLEY GOMES DE SANTANA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11713297

A/C: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170511780 ASL-0362405/17
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA
Data Acidente: 08/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2017

Carta nº: 11745650

A/C: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Sinistro: 3170511780 ASL-0362405/17
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA
Data Acidente: 08/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11854962

A/C: MAKLEY GOMES DE SANTANA

Sinistro: 3170511780 ASL-0362405/17
Vítima: MAKLEY GOMES DE SANTANA
Data Acidente: 08/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **MAKLEY GOMES DE SANTANA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003122**

Conta: **0000020323-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170511780 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MAKLEY GOMES DE SANTANA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ONZE (VI MILITAR) nº 00017 - CAETÉS I - ABREU E LIMA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9220497 - SSP**
Data local do exame: **16/10/2017 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURA DE PERNA DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA ELSAO DO CRANIO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ELSAO DA PERNA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR, FEZ 16 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM DEFICIT NEUROLOGICO, COM DOR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E D TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO LEVE NA MARCHA ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

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

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 16/10/2017

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maxley Gomes De Santana

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.220.497

EXPEDIDO POR SDS - PE

EM 15/06/17

CPI 1.1.3.6.4.1.8.2.4.5.9 / CNPJ

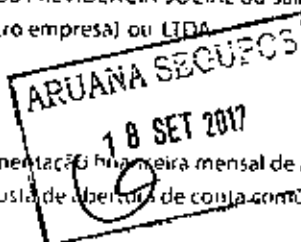
PROFISSÃO REUSO

RENDA MENSAL DE R\$ REUSO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maxley Gomes de Santana. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação Q23 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUpanÇA operação U13 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE - TODOS OS BANCOS:

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 3122 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20.323-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Abreu e Lima 19 de Setembro 2017
LOCAL E DATA

Maxley Gomes de Santana
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos dependentes/beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG AV GUARARAPES

DATA: 15/09/2017

HORA: 16:58:26

TERMINAL: 00451266

CONTROLE: 004512660064

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA:

3122.013.00020323-1

NOME:

MAKLEY GOMES DE SANTANA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES:

~~505,00~~

NÚMERO DO ENVELOPE:

5363756117

NÚMERO DE CONTROLE:

258403475

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

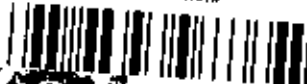
SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
J-850/17



SSTA - PÁG. 1
NÚMERO - 115012-4
ESTADO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	PAULISTA	Rodovia	PE-022	Rm	
Ponto de Referência	HOTEL VILA MAR			Data	08/04/2017
Dia da Semana	SABADO	HORA/OCORRÊNCIA	00:30	Hora/Cheg./Pr	01:05

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CROQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Passe, Arvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira	Muro, Casa	Saída da Pista
			Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS		PERDIDOS	X
Nº VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	02	IDENT.	02	NÃO IDENT		TOTAL
						02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACTO. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFORO	
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite		Desligado	
		Olhada		Garou		Madrugada	X	N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F. Pedestre	Placa "Dê a Pref."		Único		Faixa Contínua	X
F. Retenção	Não há Placas	X	Dupla	X	Canal Central	
					Blocos	
					Outros	

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2	COMPORTAMENTO - VI/V2
Realizado no Local	Permaneceu no local
Enc. Para Exame	Securrido
Não foi Realizado	Evadiu-se

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bd. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 70 - CEP 52041-400 - Recife - PE - Fone: (081) 361-9001

HOTEL E...
Pernambuco, 14/08/2017
Lorena Almeida
4 Registros em 1 pág.

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou
fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66;
PERC: R\$ 0,33. Op. 210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.
Consulte autenticidade em: www.tipejus.br/selodigital
0077552-8/08201701.06890

Israél

ARJANA SEGUROS
18 SET 2017

VII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI/V2	Passageiro	VI/V2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V2
De tração animal		Tração		Aluguel	V1

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEICULO - 01									
Marca	FIAT	Modelo	SIENA	Ano	2016	Renovar	1097897289	Placa	PGK-8279
Município	PAULISTA PE		Nº do Chassis	90B19716TG3311004			Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido			Liberado		X	Evadiu - se	
Proprietário	DAVID TINOÇO MACIEL								
Residência	RUA POMBOS, N.435								
Município	PAULISTA	Rg.	4180417	Org. Exp.	SSP PE	Bairro	JANGA		
Condutor						CPF	769.583.024-00		
Residência	DAVID TINOÇO MACIEL								
	RUA POMBOS, 435								
Município	PAULISTA	Rg.	4180417	Org. Exp.	SSP PE	Bairro	JANGA		
CNH/Pront./ Nº	03541623695					CPF	769.583.024-00		
		Categoria	AB	Validade	18/10/2018		Hora/Dir.		

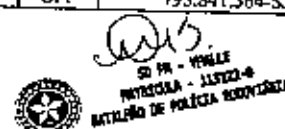
VEICULO - 02										
Marca	GM	Modelo	PRISMA		Ano	2014/15	Renovar	1033688204	Placa	PCF-0861
Município	ABREU E LIMA PE		Nº do Chassis		2BGKS69L0EG301703		Veículo de Carga nº de Eixo			
Carregado			Apreendido				Liberado	X	Evadir - se	
Proprietário	JUVINO RODRIGUES GOMES									
Residência	RUA 4, QD H, 17						Bairro		CAETES EE	
Município	ABREU E LIMA PE		Rg.	39307	Org. Exp.	PMPE	CPF	795.841.364-53		
Condutor	JHONATAN DA SILVA GOMES									
Residência	RUA 4, QD H, 17						Bairro		CAETES II	
Município	ABREU E LIMA PE		Rg.	8821748	Org. Exp.	SDS PE	CPF	109.451.724-84		
CNH/Pront/Nº	06226828920		Categoria		AB		Validade	29/07/2019	Hora/Dir.	

TESTEMUNHA - 01									
Nome									
Residência									
Município									
	U.F.	Rg.		Org. Exp.		CPF			

TESTEMUNHA - 02									
Nome									
Residência									
Município									
	U.F.	Rg.		Org. Exp.		CPF			

VÍTIMA - 01									
Nome	DAVID TINOÇO MACIEL								
Estado Civil	CASADO	Idade	45	Sexo	M	Nacionalidade	Naturalidade		
Profissão	TAXISTA	Residência	RUA POMBOS, 435				Bairro	JANGA	
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg.	4180417	Org. Exp.	SSP PE	CPF	769.583.024-00
Socorrido	UPA DE IGARASSU								
Dados Fornecidos Por	EDUARDO CARLOS DA SILVA								
Residência	AV. CLAUDIO LEITE, N. 2964								
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg.		Org. Exp.		CPF	

VÍTIMA - 02									
Nome	JHONATAN DA SILVA GOMES								
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	20	Sexo	M	Nacionalidade	Naturalidade		
Profissão		Residência	RUA 4, QD H, 17				Bairro	CAETES	
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	8821748	Org. Exp.	SDS PE	CPF	108.451.724-84
Socorrido	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO								
Dados Fornecidos Por	JUVINO RODRIGUES GOMES								
Residência	RUA 4, QD H, 17								
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	39367	Org. Exp.	PMPE	CPF	795.841.364-53



ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
BOL. Paulo de Siqueira Campos - Núcleo Registrador
Av. Marechal Floriano Dutra, 70 - CEP 54011-400 - Paulista / PE - Fone: (81) 3015-0001

NOTAS: Carimbo
Procuração, Cartão
Título, Cartão de
Registro, Cartão de
Título

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou
fé, Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Enol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66;
FERC: R\$ 0,33. Op. 210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.
Consulte autenticidade em www.tipejus.br/selodigital
0077552.KJT08201701.06891

Handwritten signature

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

V.1 / V.2	V.1 / V.2
Dirigir s/cnh (Art. 162 I CTB)	Deixar de Prestar Inform. al. ocid. (Art. 176 V CTB)
Conduzir Veic.ã Lic. (Art. 230 V CTB)	Desob. Ordens. do Agente trins. (Art. 195 CTB)
Conduzir Veic.ã Doc. Parte Obrig. (Art. 232 CTB)	Conduzir Veic.ã Lacre Violado (Art. 230 I CTB)
Dirigir Sob. Influên. Alcool. (Art. 165 CTB)	Conduzir Veic.ã Placa (Art. 230 IV CTB)
Deixar de Prestar Socorro A Vítima (Art. 176 I CTB)	Conduzir Veic.ã Placa Ueg. (Art. 230 VI CTB)
Deixar de Adotar Prov. P. Evitar Perigo Trins. (Art. 176 II CTB)	Conduzir Veic.ã Alter. De Corres. (Art. 230 VII CTB)
Deixar de Preservar Local de Acid. (Art. 176 III CTB)	Conduzir Veic.ã Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)
Deixar de Remover Veic.ã Qdo. Determin. (Art. 176 IV CTB)	Diurnas

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado
2. Comunicado à Delegacia de			
Nome do Recebedor da Ocorrência			Hora
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	CR PM	Matrícula
XVIII - Digitador do SSTA	SD PM YHALLE	950257-2	NOME
		Of. Chefe do SSTA	LUCIANO
		CAP PM NEGROMONTE	



Este é uma cópia original que foi
fui apresentado

Data: 11/09/17

SD PM 112394-7 QMB

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Bel. Paulo do Siqueira Campos - Notário e Registrador

Av. Marechal Figueira, 75 - CEP: 53010-400 - Paulista/PE - Fone: (51) 3010-0001

NOTAR: Este documento é uma cópia fiel do original, conforme consta no original, e não possui valor legal.

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/ceodigital

0077552.HYL08201701.06892

[Handwritten signature]

IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à Frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Detrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XII - CROQUI

EM ANEXO



SO PR - VILLE
AUTENTICA - 15.522-4
INSTRUMENTO DE POLÍCIA RECORRIDA



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Dr. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marginal Portão, 120 - CEP 53401-480 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-4001

NOTAS: Este documento é válido para fins de autenticação de documentos e para fins de registro de documentos. Não serve para fins de prova de autenticidade de documentos. O Notário é responsável por este documento.

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital 0077552.XTH08201701.06893

Israel
44084206

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRAFEGO E ACIDENTE**

ANEXO AO B.A.T. N°

VITIMA - 03

Nome		MAYDSON GOMES DE SANTANA				Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	20	Sexo	M	Motorista	Passageiro	X	Pedestre		
Profissão	OPERADOR TEL.	Residência	RUA 4 QD H, 14			Nacionalidade	BRA	Naturalidade			
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	9220480	Org. Exp.	SDS PE	CPF	113.641.741-14	Bairro	CAETES II
Socorrido	HOSPITAL MIGUEL ARRAES						Município				
Dados Fornecidos Por	MANOEL PANTALEAO DE SANTANA FILHO										
Residência	RUA 4 QD H, 14										
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	23523	Org. Exp.	PMPE	CPF		Bairro	CAETES II

VITIMA - 04

Nome		MAKLEY GOMES DE SANTANA				Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	SOLTEIRO	Idade	19	Sexo	M	Motorista	Passageiro	X	Pedestre		
Profissão		Residência	RUA 4 QD H, 14			Nacionalidade	BRA	Naturalidade			
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.		Org. Exp.		CPF		Bairro	CAETES II
Socorrido	HOSPITAL MIGUEL ARRAES						Município				
Dados Fornecidos Por	MANOEL PANTALEAO DE SANTANA FILHO										
Residência	RUA 4 QD H, 14										
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg.	23523	Org. Exp.	PMPE	CPF		Bairro	CAETES II

VITIMA - 05

Nome						Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade		Sexo		Motorista	Passageiro		Pedestre		
Profissão		Residência				Nacionalidade		Naturalidade			
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		Bairro	
Socorrido							Município				
Dados Fornecidos Por											
Residência											
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		Bairro	

VITIMA - 06

Nome						Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade		Sexo		Motorista	Passageiro		Pedestre		
Profissão		Residência				Nacionalidade		Naturalidade			
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		Bairro	
Socorrido							Município				
Dados Fornecidos Por											
Residência											
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		Bairro	

VITIMA - 07

Nome						Natureza dos Ferimentos		Leve	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade		Sexo		Motorista	Passageiro		Pedestre		
Profissão		Residência				Nacionalidade		Naturalidade			
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		Bairro	
Socorrido							Município				
Dados Fornecidos Por											
Residência											
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		Bairro	

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017



SD PE - VIPIRA
PATRULHA - 15322-4
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 78 - CEP 53401-485 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-0001



Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66; FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital 0077552.BR108201701.06894

[Handwritten signature]



BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1-830177)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

SOCIEDADE

Veículo: PHILUS

Nome do Condutor: ISRAEL DA SILVA GOMES

RG: 8821748

Orgão Expedidor: SDS-PE CPF: 108451234-84

Placa do Veículo: PE 0861

Data: 08/04/17 Hora: 00:30

Assinatura: SOCIEDADE



ARJANA SEGUROS
18 SET 2017

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
 Set. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
 Av. Marechal Rondon, 400 - CEP 54091-400 - Paulista/PE - Fone: (81) 3010-9901



Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou
 fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,99; TSNR: R\$ 0,66;
 FERC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL LAURENTINO DE FAULA - Escrevente
 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
 0077532.HB#08201701.06896

Assinatura



BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº T-250/17).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:



SOCOLALDI

 Veículo: FAT SLEVA
 Nome do Condutor: DAVID TEÓFILO NASCIMENTO
 RG: 9180413 Órgão Expedidor: SDS PE CPF: 769.583.024-00
 Placa do Veículo: RR 3179 Data: 28/09/17 Hora: 00:30

Assinatura: SOCOLALDI

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
 Bof. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
 Av. Manoel Floriano Pinheiro, 78 - CEP 53601-100 - Paulista/PE - Fone: (81) 3010-4921



Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Dou fé. Paulista/PE, 14/08/2017 12:09:02. Emol: R\$ 2,00; TBR: R\$ 0,66; FISC: R\$ 0,33. Op.210 ISRAEL - LAURENTINO DE PAULA - Escrevente.
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
 0077552.HR08201701.06877

Assinatura

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Marley Gomes De Santana, portador da carteira de identidade nº 9220497 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.641.824-59 residente e domiciliado na R-Onze - Vila Militar, N° 00017, Cetes I Cidade Abreu e Lima Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

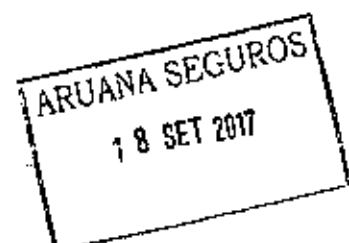
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marley Gomes De Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Abreu e Lima, 19 de Setembro de 2017

Local e data





**SAMU
192**

**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 26.08.2017
EM: 29.08.2017

Atendendo ao requerimento do Sr. MAKLEY GOMES DE SANTANA, RG Nº 9.220.487 SDS – PE, CPF Nº 113.641.824-8-59, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 317477, do dia 08 de abril de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 01hs e 36min, vítima de colisão de automóvel x automóvel, na Rodovia PE - 22, S/N – Paulista, nas proximidades do Hotel Via Mar, sendo em seguida removido para o Hospital Miguel Arraes.

Jeane Andréa da Silva
Jeane Andréa da Silva
COREN 172162
Coordenadora de Enfermagem
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva
Enfermeira
COREN-PE 172162



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: 18/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAKLEY GOMES DE SANTANA

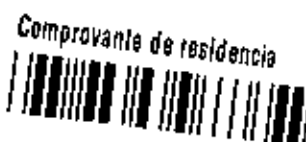
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000020323-1

Nr. da Autenticação DFF24FFE47E1ADAA

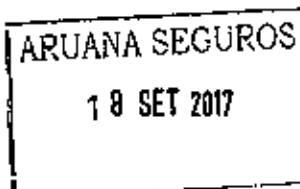
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maxley Gomes De SantanaRG nº 9 220 497, data de expedição 15/06/14, Órgão SDS/RS

CPF nº 113.641.824-69, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R. Onze - Villa Militar
Número	00017
Apto / Complemento	Casa - Quadra C
Bairro	Partes I
Cidade	Abreu e Lima
Estado	PE
CEP	53500-000
Telefone de Contato	(81) 98550-8335
E-mail	allyssonclaudio91@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Araruama, 19 de Setembro de 2014Assinatura do Declarante: Maxley Gomes De Santana

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA 80928110 Jun/2017							
MARIA DO CARMO GOMES DE SANTANA									
R ONZE - VILA MILITAR, N.º 00037 - QUADRA C - CAETES I ABREU E									
LIMA PE 53500-000									
INSCRIÇÃO: 338-170-063-0216-000 GRUPO: 17 DES AUTOMATICO: 080928110									
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA						
LIGADO	LIGADO	DATA LEIT ANTERIOR	DATA LEIT ATUAL						
NÃO-MEDIDO	NÃO-MEDIDO	Nº-MEDIDO	Nº-MEDIDO						
AGUA:	ESGOTO:								
LEIT ANT: CONSUMO: 10	LEIT ANT: VOLUME: 10								
LEIT ATU:	LEIT ATU:								
LEIT FAT:	LEIT FAT:								
HISTORICO DE CONSUMO									
REFERENCIA CONSUMO									
05/2017	10	/10							
04/2017	10	/10							
03/2017	10	/10							
02/2017	10	/10							
01/2017	10	/10							
12/2016	10	/10							
MEDIA:	10	/10							
Qualidade de Agua: www.compesa.com.br									
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS									
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO									
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA									
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES									
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA									
DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)							
AGUA									
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)									
CONSUMO DE AGUA	10 M3	40,18							
ESGOTO 48,00 % DO VALOR DE AGUA									
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)									
CONSUMO DE ESGOTO	10 M3	19,29							
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2017		1,20							
JUROS DE MORA 04/2017		0,61							
<table border="1"> <tr> <td>59,47</td> <td>1,65</td> <td>4,98</td> </tr> <tr> <td>59,47</td> <td>7,00</td> <td>3,52</td> </tr> </table>				59,47	1,65	4,98	59,47	7,00	3,52
59,47	1,65	4,98							
59,47	7,00	3,52							

VENCIMENTO: 25/07/2017

TOTAL A PAGAR: 61,28

MENSAGEM:

ATENÇÃO: NÃO DESACONHEÇA VIZINANTES: 6800-0611/ABE	
VENCIMENTO: 25/07/2017	TOTAL A PAGAR
82180000000-1 61280015338-1 080928110	
MATRICULA	

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

Comprovante de residência



 **hapvida**
BOLETO ESPECIAL



CIC RECIFE PE, CIDE

ALLYSSON CLAUDIO CANDIDO FERREIRA
R ALGODOEIRO 55

JATOBÁ

53250-050 OLINDA - PE

16



12507466002400003895442430230817



VENC: 05/09/2017

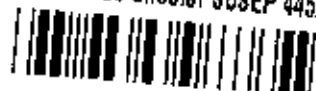
www.hapvida.com.br | @hapvida | @hapvidape
SAL: 0800 280 9130 | 0800 280 9054

O HAPVIDA NÃO POSSUI COBRADORES
DOMICILIARES. Pague seu boleto somente
nos locais credenciados.

ANS - 14381829-3

AT: 1-800-1100218 EXT

ARUANA SEGUROS
18 SET 2017

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa 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, Allysson Claudio C. Ferreira, portador(a) do

RG nº 7809703, expedido por SDS - PE, em

15/10/2014, CPF/CNPJ nº 082.964.624-86,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Makley

Gomes De Santana do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Makley Gomes De Santana, e conforme

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

Profissão: REUSO Renda Mensal: R\$ REUSO

Documentos comprobatórios: REUSO

Allysson Claudio C. Ferreira

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

18 SET 2017