



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **MARIA VALDILENE DA SILVA** nascido em 05/03/1990 esteve nesta unidade hospitalar no dia 28/06/2019 por volta das **14h01min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 08 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 069043



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0242773 28/06/2019 14:01:36

Código: 0129183

Paciente: MARIA VALDILENE DA SILVA

SUS: 898000161490311

Sexo: F D. Nasc.: 05/03/1990

Idade: 29 ANOS

RG: 8.483.085

CPF:

Profissão: AUTONIMA

Filiação: Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA

Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO

Endereço: RUA SERAFIN GONÇALVES 164

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Bairro: SANTO AUGUSTINHO

Fone: 994460696

Estado: PERNAMBUCO CEP: 55190000

Pressão Arterial: _____

P脉: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA RECOLTA EUE
COLIDIU COM UM CACHORRO; APRESENTANDO ESCORRIMENTO +
SANGUE + EDema EM MOLHOS INFECCIONADOS.

Exame Físico: *GGP*

CÓPIA AUTORIZADA

Diagnóstico Provisório: TROMBO?

Conduta: ① Socorro rápidos com ronco e tímido. *D.*
 ② Transf. O.R.A + 500ml *du* *Mar 64*
 ③ Voltar para O.R.A *E/M*

Liberação do Paciente: Data: ___/___/___ Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

M. F. A.

SENHA: 5235725

FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulo Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Gasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quações(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO



NOME: Moisés Valente da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: lateral cervical D. CID-10: S.82+, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

01/08/15. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Po juntar ferimentos da
plaça - profundo. Seus motivos em
fracturas do braço, na tira brahma
Bezerros, 26/08/15. Lá correu rodando por
horas 12 dias n parceria

9/13 João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5997

01/04/15

responsible:

Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 126061 MARIA VALDILENE DA SILVA

Sexo: FEMININO Cor:

Nascimento: 05/03/1990 - 29 Anos e 3 Meses

Est. Civil:

Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES, 164

C.P.F.:

Bairro: SANTO AGOSTINHA

Identidade: 8483085

IBGE/Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE CEP:

Telefone: 81.94460696

Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO UF: PE

G.Instrução:

Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA

Ocupação:

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDIA 591179

Queixa do Paciente:

FATIGA → DOR NO MÍDIA

H.D.A.:

Conferido com Documentos
Organa Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno
10/06/2019
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4471

Exame Físico:

DOR MÍDIA.

MÍDIA: DOR NA TORACODELHO,
RE: FORTALEZA NO TORACODELHO

HISTÓRICO: DOR MÍDIA NO TORACODELHO.

Tratamento:

CIRURGICO.

Dr. Artur de Souza Leao
Angiologia: Cir. Vascular
-M 7064 CPF: 004370483-0

Assinatura e Carimbo do Médico

Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepção: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
Matrícula: 898000161490311
Identidade:
Cartão SUS:

Paciente: 126061 MARIA VALDILENE DA SILVA
Nascimento: 05/03/1990 - 29 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA SERAFIM GONCALVES, 164
Bairro: SANTO AGOSTINHA
IBGE/Cidade: 2612505 SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
Pai: JOSE IZIDORIO DA SILVA TERCEIRO
Mãe: CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO
Est. Civil:
C.P.F.:
Identidade: 8483085
Telefone: 81.94460696
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Repcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 hora:
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 01/04/15

Médico:

João Marilson V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980

Assinatura / CRM

Observação

01/04/15

Entendo que
é pra fazer

João Marilson V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980

Transferência Hospitalar

Data: 1/1

Médico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: 1/1

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Festas Síndrome
leitora (dizendo)

João Marilson V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980

Diagnóstico Definitivo:

O nenhuma

João Marilson V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980

Diagnóstico Secundário:

Confeição Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.471

Evolução Médica

DATA: 29/06/19

ENF.: _____

NOME: Wé Livaldo Pene da Silva

IDADE: _____

Admissão: 29/06/19LISTA DE PROBLEMAS: Fratura de tornozelo direitoANTIBIÓTICOS: ✓SSVV: PA: NORMOT. HIPERT. HIPOT.TEMP.: NORMAL EPISÓDIO DE FEBREHGT: 170ALERGIA: NÃO SIMNUTRIÇÃO: VO SNE SNG NPT GTT Zero ACESSO VENOSO: NÃO PERIF. CENTRALEVACUAÇÕES: Sim Não DIURESE: Sim NãoÚLCERA DE PRESSÃO: SIM NÃO PROFILAXIA TVP: Sim NãoQUEIXAS: DOR.

EXAME FÍSICO:

Geral: EG BOM EG REGULAR EG RUIM EG GRAVISSIMO CONSCIENTE INCONSCIENTE FEBRIL AFEBRIL NORMOCORADO HIPOCORADO HIDRATADO DESIDRATADO ANICTÉRICO ICTÉRICO EUPNEICO DISPNEICO ALTERAÇÕES: _____Glasgow 15 + + + = PA: _____ FC: _____ Sat: _____ FR: _____Ventilação: AR AMBIENTE O₂ / CATETER VENTURI % L/min TRAQUEOSTOMOCardiovascular: RCR EM 2T; BNF S\SOPROS. ALTERAÇÕES:Respiratório: MV+ EM AHT S\RA. ALTERAÇÕES:Abdome: PLANO; SEMIGLOBOSO; GLOBOSO; INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG; RHA _____ ALTERAÇÕES: _____Membros: SEM EDEMA COM EDEMA NO TORNOCOLO D.

PERFUSÃO PERIF.

 ALTERAÇÕES: _____

IMPRESSÃO E CONDUTA:

AJUDAR.

Conferido Com Dr. Arthur de Souza Leão
 Original Bezerros PE 19/06/1999
 Hospital Jesus Pequeno
 Ana Amorim
 Assistente Social
 CRESS/PE N° 4.471

Dr. Arthur de Souza Leão
 Angiologia - Cir. Vascular
 CRM 2063 CPF 004.379.884-0
 -06/2003

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE MARIA VALDILENE DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO
CIRURGIAO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PALEXOBRAQUIAL	DR. PRISICLA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 01/07/2019	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA BIMALEOLAR EM TORNEZELO DIREITO + RECONSTRUÇÃO + DESBRIDAMENTO	
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + RECONSTRUÇÃO + DESBRIDAMENTO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
CAMPO CIRURGICO COM POLVIDINE. INCISAO LATERAL EM TORNEZELO ATE PLANO OSSEO. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA TERÇO DE CANO COM 06 ORIFÍCIOS + 05 PARAFUSOS DE CORTICAL. NO MEDIAL, 01 PARAFUSO ESPONJOSO DE N. 40 4.5 COM 01 ARROELA. LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E TALA GESSADA	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Piquenino
Piquenino

16/05/10

[Signature]
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE N° 4.471

[Signature]
João Marilton
Ortopedista
CRM-5980

Anestesia:	seguimento		
Nome:	Maria Valdilene da Silva		
Clinica:	Ortopedia		
Operador:	Dr. João Manoel Fonseca	Assist.:	
Diag. Preop.:	Fractura de torus do dorso		
Op. Proposta:	Teto e luxação		
Premeditação:	H0222 FGN 100 mg	Horas:	12:30
Nº do Registro:	126061		
Nº na Clinica:			
Quarto:	Leito:	Idade:	29
		Sexo:	F
		Cor:	P
	Anestesista: Dra. Fiuza		
Diag. Posop.:	o mesmo		
Op. Realizada:	a mesma		
(MO 1-2-3)			
(AO 1-2-3)			
Risco 1	2 - 3 - 4		

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Neocaína 12,5		Pel seudada nar ab	
B. Ouron 80mg		Susp sering/antidepresiva	
C. Albolutal 1		injeção c/gelungo	
D. Decadur 10		ESG 21-4 nar an	
E. Naxodur 40		bndo, injeção (A)	
F. Tache 40g		(B) pel seudada	
G. Dipriva 2g			
LÍQUIDOS			
SFQ91-1			
CÂNULA - NASO/VORO FARIÍNGEA NASO/VOROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB. - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA			
TOTAL 02			
Tempo de Anestesia 1h			
OPERAÇÃO: <i>Tto enúrgico evitativa de hansen</i>			
ANESTESISTA: <i>Dra. Priscilla</i>		CIRURGIÃO: <i>Dr. Manoel G. P. S. G.</i>	
		Laringo - Espasmo - Excesso Secre Desvio do Respiratório - Hipotens Sob. 10G° - Vomito	
		Hemorragia Arritmia Bradí - Taquicardia - Choque	
		PERDA SANGUÍNEA:	

COMANDA 40711

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Maria Valdilene da Silva Registro N°. 126061
 Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 01/07/97.
 Cirurgia: Tent - fíg de E de Tumozão Orçamento: R\$ 1.000,00
 Anestesia: Ketamina Anestesista: Dra. Fernanda
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS			
Adrenalina	1 ml c/ ap	Metronidazol 500mg	1 ml c/ ap
Água Destilada	1 ml c/ ap	Nauseadron	1 ml c/ ap
Atropina	1 ml c/ ap	Narcan	1 ml c/ ap
Bicarbonato de Sódio	1 ml c/ ap	Neomicina Pomada	1 ml c/ ap
Cediladine	1 ml c/ ap	Nipride	1 ml c/ ap
Cisatracure	1 ml c/ ap	Omeprazol	1 ml c/ ap
Cloreto de Sódio	1 ml c/ ap	Plasil	1 ml c/ ap
Cloreto de Potássio	1 ml c/ ap	Propofol	1 ml c/ ap
Clindamicina	1 ml c/ ap	Prostigmine	1 ml c/ ap
Dramin	1 ml c/ ap	Quelicin	1 ml c/ ap
Dexametazona Pomada	1 ml c/ ap	Rapifen	1 ml c/ ap
Decadron	1 ml c/ ap	Ranitidina	1 ml c/ ap
Diazepam	1 ml c/ ap	Revivan	1 ml c/ ap
Dipirona	1 ml c/ ap	Ringer c/ Lactato	1 ml c/ ap
Dimorf 0,1	1 ml c/ ap	Rocefin 1g	1 ml c/ ap
Dolantina	1 ml c/ ap	Servofurano	1 ml c/ ap
Dormonid	1 ml c/ ap	Sintocinon	1 ml c/ ap
Efortil	1 ml c/ ap	Soro Fisiológico 500ml	1 ml c/ ap
Enoxoparina 40mg	1 ml c/ ap	Soro Glicosado	1 ml c/ ap
Fenergan	1 ml c/ ap	Styptanon	1 ml c/ ap
Fentanil Espinal	1 ml c/ ap	Sulfato de Magnésio	1 ml c/ ap
Fentanil 5ml	1 ml c/ ap	Tansamin	1 ml c/ ap
Flumazenil	1 ml c/ ap	Tanoxican	1 ml c/ ap
Glicose	1 ml c/ ap	Thionembutal	1 ml c/ ap
Gluconato Cálcio	1 ml c/ ap	Tramal	1 ml c/ ap
Hidrocortizona 100mg	1 ml c/ ap	Vitamina K	1 ml c/ ap
Hidrocortizona 500mg	1 ml c/ ap	Volvum	1 ml c/ ap
Ipsilonilon	1 ml c/ ap	Xylocaína 2% s/a	1 ml c/ ap
Keflin	1 ml c/ ap	Xylocaína 1% s/a	1 ml c/ ap
Ketalar	1 ml c/ ap	Xylocaína Geléia	1 ml c/ ap
Lasix	1 ml c/ ap	Xylocaína Spray	1 ml c/ ap
Manitol	1 ml c/ ap	Xylocaína Pesada	1 ml c/ ap
Marcaína c/a	1 ml c/ ap	MATERIAIS	1 ml c/ ap
Marcaína s/a	1 ml c/ ap	Ağulha desc. 25x7/40x12/0 45x13	03 ml
Marcaína Pesada 0,5%	1 ml c/ ap	Ağulha de Plexo	1 ml c/ ap
Methergin	1 ml c/ ap	Ağulha Raque	1 ml c/ ap
		Algodão Hidrófilo	1 ml c/ ap

Conforme Com Documento
Original Bezerrin PE-1
Assistente Socia
GRESS/PE N° 4.471

Jana Amorim
Assistente Socia
GRESS/PE N° 4.471





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				Nº 014802671810
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1	1123616741	*****	2019	
NOME				
Izaque Paiva da Silva Junior				
S C CAPIBARIBE - PE				
CPF / CNPJ	PLACA			
114.410.344-47	PBJS5777			
PLACA ANT / UF	CHASSI			
***** / PE	5CZRC2200HR601087			
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL			
PAS / MOTOCICLISTA	ÁLCOOL/GASOL			
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.		
HONDA/CC 160 FAN ESIDI	2017	2017		
CAP / PGT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
2P/162CL	PARTIC	PRATA		
I P V A	COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS	VENC. / COTAS 1 ^a ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****	
FAIXA IPVA				
1				
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IDF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
80.11	0.32	84.58	25/02/19	
OBSERVAÇÕES				
AL. FID. ADM CONS MAC HONDA LTDA				
VALOR PAGO PARA PAGAMENTO				
ROBERTO CARLOS MOREIRA PONTES				
DIRETOR PRESIDENTE DETAN/PE				
LOCAL: S C CAPIBARIBE Roberto Carlos Moreira Pontes				
DATA: 26/02/19				

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443500/19

Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

CPF: 094.692.354-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: MARIA VALDILENE DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA VALDILENE DA SILVA : 094.692.354-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689943 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.5,9,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689943 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.5,9,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARIA VALDILENE DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-8.483.085 SDS/PE CPF:094.692.354-01
DATA DO ACIDENTE: 28/06/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: MARIA VALDILENE DA SILVA
ENDEREÇO: RUA – SERAFIN GONÇALVES DA SILVA , Nº 148,VILA POPULAR , SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 26 DE NOVEMBRO DE 2019.

ASSINATURA DO OUTORGANTE



Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Siccama Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe/PE - Fone: (81) 3731-3769

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Maria Valdilene da Silva. Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe. 26/11/2019, 15:01 - Total: 4.91 Em Testemunho da verdade Jacqueline Lima da Silva Souza - Escrivente. Selos: 0159467 KFJ10201902 04037.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443500/19

Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

CPF: 094.692.354-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: MARIA VALDILENE DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARIA VALDILENE DA SILVA : 094.692.354-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689943

Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VALDILENE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190689943 Vítima: MARIA VALDILENE DA SILVA

Data do Acidente: 28/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA VALDILENE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA VALDILENE DA SILVA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001898-8

Conta: 000001002161-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218004394**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019 às 15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/6/2019 às 13:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA DE ACESSO A SANTO AGOSTINHO**, - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR (OUTRO)
MARIA VALDILENE DA SILVA (VITIMA)



* Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA VALDILENE DA SILVA

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

MARIA VALDILENE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CICERA MARIA ZEFERINO DA SILVA** Pai: **JOSE IZIDORODA SILVA TERCEIRO** Data de Nascimento: **5/3/1990** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8483085/SDS/PE (RG), 09469235401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:

- 994460696

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA SERAFIM GONÇALVES DA SILVA, 164, SANTO AGOSTINHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**

PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem:

DESCONHECIDO

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro:**

CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro:**

CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IZAQUE PAIVA DA SILVA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VALDILENE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDJ5777** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **112361674** Chassi: **9C2KC2200HR601087**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 28 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 13:30 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NO MOMENTO EM QUE FOI LEVAR O SEU FILHO NA ESCOLA E QUANDO ESTAVA VOLTANDO AO PASSAR NUMA PONTE NA AVENIDA OLÍMPIO, DOIS CACHORROS PARTIRAM PRA CIMA DELA VITIMA QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU, CHEGANDO A QUEBRAR O PÉ DIREITO, SENDO SOCORRIDA POR POPOLARES PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Maria Valdilene da Silva

MARIA VALDILENE DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VALDILENE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01898-8

CONTA: 00001002161-8

Nr. Autenticação

BRADESCO201220190500000000002370189800001002161168750 PAGO

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1411859585

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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 25/04/02

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 tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
JOSIANE MARINA DOS SANTOS

ENDEREÇO
 RUA SERAFIN GONCALVES DA SILVA
 148 -VILA POPULAR/SANTA CRUZ DO
 CAPIBARIBE -55191-436 SANTA CRUZ
 DO CAPIBARIBE PE -

PERÍODO CONSUMO
 14/10/2019 a 13/11/2019

DATA DE VENCIMENTO
21/11/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 48,34

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
 13/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
 13/11/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
 084559720

CONTA CONTRATO
7020265390

CLASSIFICAÇÃO
 RESIDENCIAL
 Monofásico
 B1

CONSUMO
 21

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7020265390	11/2019	R\$ 48,34	21/11/2019	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 483400110073 020265390103 172068960038



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARTA MOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

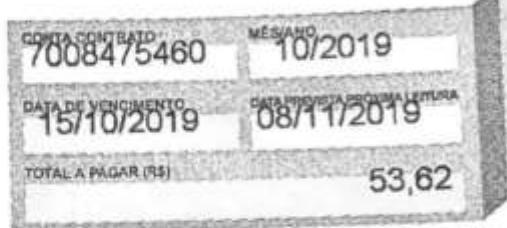
RUA ROSEMIRIO ALVES RUCHAS

CPF 945 234 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 079864121	SÉRIE UNICA	EMISSÃO 08/10/2018
--------------------------------	----------------	-----------------------



APRESENTAÇÃO 08/10/2018	Nº DO CLIENTE 2011188068	Nº DA INSTALAÇÃO 3423002
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	59,000000	0,91069952	53,62
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,62
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Suvenção-COE-NF 072300654-06/08/19			0,80

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR 3190297771	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA 05/09/2019	ANTERIOR 252,00	ATUAL 08/10/2019	LEITURA 311,00	Nº DE DIAS 33	CONSTANTE 1,00000	AJUSTE 59,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO 16,07 31,67%								

Scanned by CamScanner

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA VALDILENE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.692.354-01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ - da Vítima MARIA VALDILENE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.692.354-02, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	Estado
Email	<u>[Handwritten Signature]</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>81</u>	Telefone celular (DDD)

SANTA CRUZ, 06 de DEZEMBRO de 2015
DO CAPIBARIBE

Local e Data

Adriana M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante