Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adalberto José Coelho Neto,

RG nº 6.372.914, data de expedição 21/10/16,

Órgão IO, portador do CPF nº 048.835.464-11, com domicilio na cidade de Itambé, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Nova, Carice, nº 11,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Januário da Silva, cujo o condutor era Adalberto José Coelho Neto.

Veículo: motocicleta
Modelo: honda cg 150 fan ESDI
Ano: 2014
Placa: OYU 2597
Chassi: 9C2KC3680ER025808
Data do Acidente: 01.11.17
Local e Data: Goiana/PE, 28/12/2017

Assinatura do Declarante

Declaracao do proprietario do veiculo

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

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Reconheço por autenticidade a firma de: ADALBERTO JOSE COELHO NETO. Dou fé. Goiana, 28/12/2017 12:13:31 Em testemunho da verdade: A Adelia
Emol.: R$0,83 TFNR: R$0,78 TFRC: R$0,39 Total: R$2,00 Selo: 0077028.DKA112017020236 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUROS
12 JAN 2018

XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Guia de Esclarecimento

REGIÃO : XII GERES

HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

José Joaquim da Silva

40 Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

_____ horas do dia _____ de _____ de _____

Trauma crânio encefálico aguda

Queixa atual: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgia: fratura de temporal direita

Médico a (o): _____ às _____ do dia 21 de 11 /17 de 20 _____

Observação clínica por _____ horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Ass. Médico – CRM, Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Documentação médica – hospitalar

ARIJANA SEGUKUS
12 JAN 2018

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE JANUARIO DA SILVA **REG:** 108772
IDADE: 40 **SEXO:** M **DATA DA ADMISSÃO** 1/11/2017 **DATA DA ALTA** 04/11/17
DIAGNÓSTICO: 1) Fratura de mão direita (D)

TRATAMENTO REALIZADO:

1) RAFI com placa e parafusos em 03/11/17

ORIENTAÇÃO:
1) NÃO PISAR!
2) Dobrar o joelho
3) Fisioterapia e curativo diário.
4) Cefalexina por 07 dias

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(X) NÃO( ) (com o ortopedista)
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dra Lagana Mose
CRM 17171
Ortopedista

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ARUANA SERGIPE
12 JAN 2018

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro:	Data e Hora de Atendimento:	Prontuário Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada:
2017/ET018119	01/11/2017 12:27		Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: Registro SUS:
44581 JOSE JANUARIO DA SILVA

Nascimento: *14/10/1977* Idade: *40* Sexo: *Masculino* Cor: *Não Informado*

Estado Civil: *Não Informado* Profissão: Naturalidade: Nacionalidade:

Documento de Identidade:

Filiação: *EULALIA MARIA DA CONCEICAO*

Endereço (Av., Rua, etc.) : *RUA DO BURACAO,S/N* Complemento: *CARICE*

Bairro : Cidade: *ITAMBE* UF: *PE* Telefone: *NT*

Acompanhante: *BOMBEIRO/ SD ELIOMAR*

Ocorrência: *ACIDENTE DE TRÂNSITO* - *Acd. Moto (Queda, Colisão)* Acidente de Trabalho: Sim [ ] Não [ ]

Procedência: *VIA PÚBLICA* Meio de Transporte: *Equipe de Resgate*

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO Nega alergia

Queixa principal: Resgate Bombeiro

( ) Febre ( ) Vômito ( ) Dificuldade de respirar ( ) Tosse
( ) Taquicardia ( ) Convulsão ( ) Desmaio ( ) Tonturas ( ) Fraqueza ( ) Confusão
( ) Fadiga ( ) Distúrbios visuais ( ) Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
( ) Dor. Local dor em MMSS
( ) Queixa urinária
( ) Sangramento. Local
( ) Outras queixas: Acidente de moto

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

Encaminhamentos
( ) Clínica Geral
( ) Pediatria
( ) Cirurgião
(X) Ortopedista
( ) Serviço Social
( ) Maternidade
( ) Enfermagem
( ) Outros:

Classificação: Azul

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos
( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Problemas cardíacos ( ) Asma Bronquite ( ) Alergias
( ) Tuberculose ( ) Convulsão ( ) Tabagismo ( ) Enfisema ( ) Alcoolismo ( ) A.V.C
( ) Outros:
( ) Uso de medicamentos:

Sinais Vitais
P.A. 140 x 80 mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares
( ) Glicemia Capilar mg/dl

528
9618

Asc. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

paciente vítima de acidente
referiu VAT sem
dor
fratura de tornozelo direito

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta

a receber

Código de Atendimento: 0301060029 **CID 10:**

ARUANA SEGIRUO
12 JAN 2018

Técnico Enfermagem
COREN-PE 819117 - TE

Observação ...

[illegible] os empla 1 18:20
[illegible]
[illegible]

Técnico Enfermagem
COREN-PE 819117 - TE

[illegible] Feito
[illegible]

[illegible]

[illegible] 06/06 20 01 07

[illegible]

[illegible] Paula SNP

Evolução Enfermagem ....

Paciente último de traumas colisão de moto sem capacete foi encaminhado para o hospital Miguel Arraes, foi informado que o município de Itambé-PE acompanhado de tec. de enfermagem. Para pulso que veio na ambulância. 19:50h.

Cleciana A. e S. Diniz
Enfermeira
COREN-PE 819117-TE

Médico - CRM

Procedência
Internação
Leito
Referência

Hospital:

Senha:

Atendimento: 01/11/2017 12:28:36 NETO

Impressão: 01/11/2017 12:35:29 NETO

Documentacao medico – h

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP

RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o Sr José Jaime do Silva foi submetido à cirurgia em 01/11/17 por fratura de fêmur direito em trato. Após alta em dia 2 pós-op, em acompanhamento pelo Departamento de acompanhamento ambulatorial

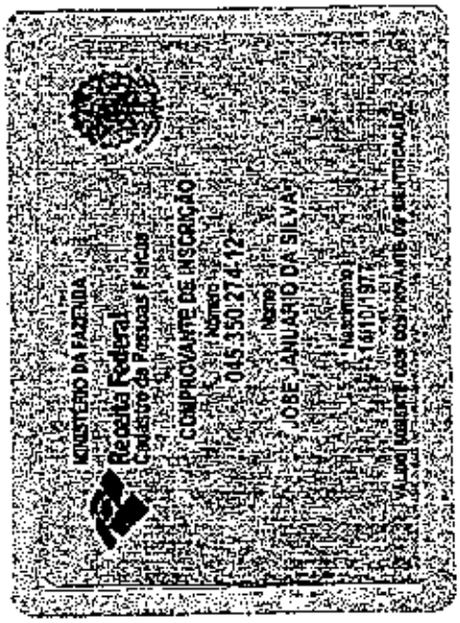
CID: S82.2

21/11/17

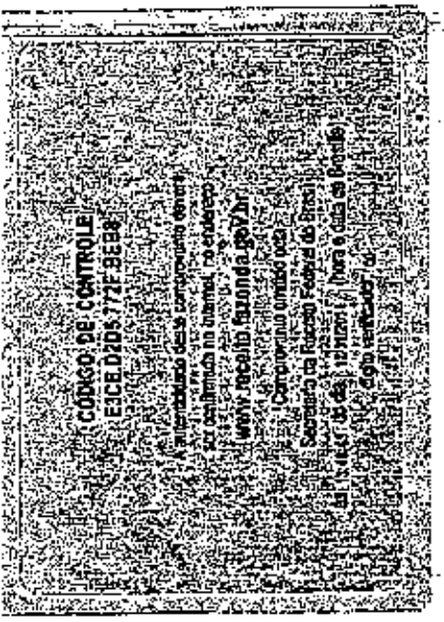
Claudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

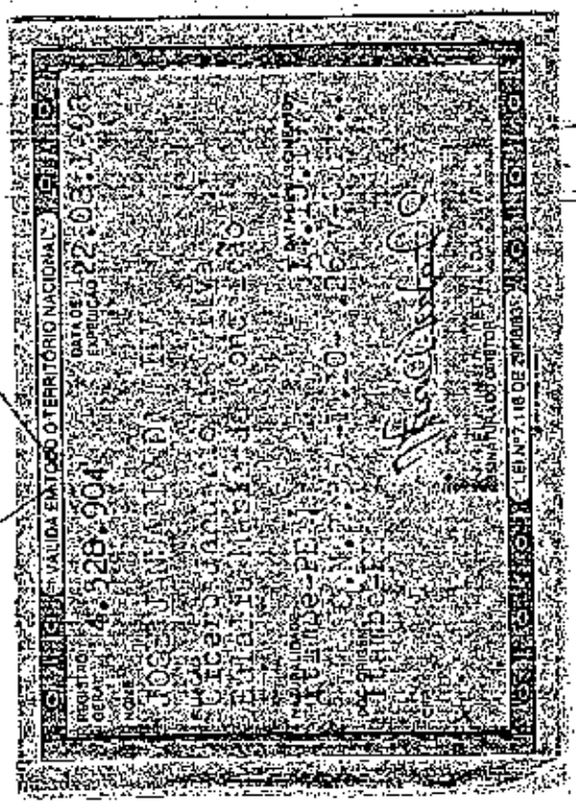
ARUANA SEGUROS
24 JAN 2018

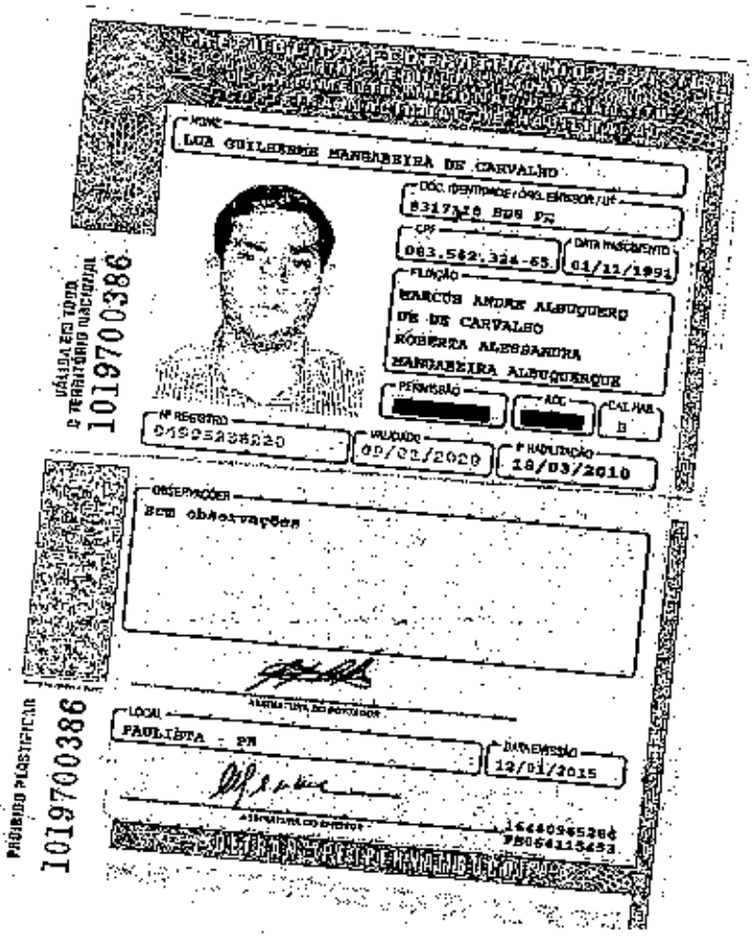


Documentos de Identificacao



ARUANA SEGUROS
12 JAN 2018





CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8317[illegible]8 SSP PE

CPF
083.542.324-65

DATA NASCIMENTO
01/11/1991

FILIAÇÃO
MARCOS ANDRE ALBUQUERQUE DE DE CARVALHO
ROBERTA ALESSANDRA MANGABEIRA ALBUQUERQUE

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04925336220

VALIDADE
00/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
18/03/2010

OBSERVAÇÕES
Sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
12/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

16440965286
PE064115453

DETRAN PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1019700386

PROIBIDO PLASTIFICAR
1019700386

Documentos de identificacao

ARUANA SEGUROS
12 JAN 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE — Nº 01312B416183
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	CODIGO RENAVAM	CODIGO ELETRONICO	EXERCICIO
1	1014561075	**********	2017

NOME
ADALBERTO JOSE COELHO NETO

ITAMBE - PE

CPF/CGC	PLACA
048 835 464 11	OYU2597

PLACA ANTIGA: ******/PE — CHASSI: 9C2KC1680ER025808

CATEGORIA	COMBUSTIVEL
PASSEIO/MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG150 TAN ESDI	2014	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

PVA

COTA UNICA	VENC/COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2017 QUITADO		1ª ********
		2ª ********
FADA/PVA	PARCELAMENTO/COTAS	3ª ********
1	**********	

PREMIO TARIFARIO (R$)	IOF (R$)	PREMIO/COTA (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PACO	SEGURO OBRIGATORIO		

OBSERVACOES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ITAMBE — 13/02/17

Helder Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 01312B416183 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ADALBERTO JOSE COELHO NETO
RUA NOVA 11 — 55920-000
CASA CARICE - ITAMBE - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO	DATA EMISSAO
2017	13/02/17

VIA	CPF/CGC	PLACA
1	048 835 464 11	OYU2597

RENAVAM	MARCA/MODELO
1014561075	HONDA/CG150 TAN ESDI

ANO FAB	CILIND	CHASSI
2014	09	9C2KC1680ER025808

PREMIO TARIFARIO

PRM (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
0		

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PACO		

PAGAMENTO		DATA DE OPERACAO
COTA UNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO

DUT

ARUANA SEGURO
12 JAN 2018

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): JOSE JANUARIO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): R DO ROSARIO, 135 - 135 - ITAMBE/PE - CEP 55920-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4528904 - ssp-pe - 22/08/2016
Data e Local do Exame : 02/02/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

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)
Diagnóstico:fratura de tibia direita.

Exame Físico:vitima com edema local, consolidação viciosa, deficit de força de grau moderado do membro inferior direito, com limitação na mobilidade do membro, alteração da marcha (++-++++), presença de cicatriz cirurgica.

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

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? [X] Sim [ ] Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações
Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 10 dias

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
Limitação funcional de grau moderado do membro inferior direito, com consolidação viciosa

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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"

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

Região Corporal
membro inferior direito
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
_____
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
_____
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
_____
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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 valoração do dano corporal.

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Seguradora Líder • DPVAT

Outros

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS INVALIDEZ

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Yor Yomario da Silva

DATA DO ACIDENTE 01/11/17 CPF DA VÍTIMA 045.350.244-12

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Luá Guilherme K. de Carvalho

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Yor Yomario da Silva

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias

Nº 110 COMPLEMENTO D BAIRRO Centro

CIDADE Goiana UF PE CEP 55900-000

E-MAIL marcenaria.goiana@outlook.com TELEFONE (81) 3011-3224 (81) 99808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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 PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 8317118 SDS/PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA ARUANA SEGUROS 12 JAN 2018

NOME

ASSINATURA Josyelle Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031447 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JANUARIO DA SILVA **Data do acidente:** 01/11/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (quantificou) possíveis sequelas atraves dos documentos anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

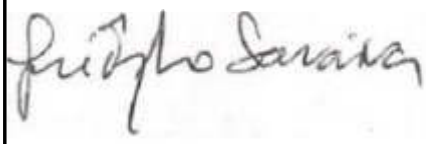
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031447 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JANUARIO DA SILVA **Data do acidente:** 01/11/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa com limitação da mobilidade do membro inferior direito, diminuição da força do membro inferior direito, edema e cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta medica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Procuracao

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: José Januário da Silva
Identidade: 4.528.904 CPF: 045.350.274-12 Estado Civil: Casado
Profissão: Trabalhador Rural End: Rua do Rosario, 135, Carvão, Itambe

Outorgado: Luá Guilherme Mangabeira de Carvalho
Identidade: 8314118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: Casado
Profissão: Autonomo End: Rua Duque de Caxias, 170 D, Centro, Goiana

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qu[illegible] com poderes especi[illegible] resolver todas as questões administrativas, referente ao [illegible] DPVAT, que figura [illegible] vitima José Januário da Silva
Identidade 4.628.904 CPF: 045.350.274-12

Goiana/PE 28 de Dezembro de 2017.

José Januário da Silva

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Forbes nº 133 Fone/Fax: (81) [illegible] Goiana - PE - e-mail: [illegible]
Reconheço Por Autenticidade a firma de: JOSE JANUARIO DA SILVA. Dou fé. Goiana, 28/12/2017 12:14:00
Em testemunho da verdade. A tabelia
Emol: R$3,88 ISNR R$0,78, FETJ R$0,37 Total: 4,66 Selo: 0077628.0041120170202367 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUROS
12 JAN 2018

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE JANUARIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180031447**
Vitima: **JOSE JANUARIO DA SILVA**
Data do Acidente: **01/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180031447.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01319/01320 - carta_01 - INVALIDEZ
00020660
Carta nº 12257967

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE JANUARIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180031447**
Vitima: **JOSE JANUARIO DA SILVA**
Data do Acidente: **01/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180031447**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00171/00172 - carta_03 - INVALIDEZ
00060086
Carta nº 12276188

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE JANUARIO DA SILVA**

Sinistro: **3180031447**
Vítima: **JOSE JANUARIO DA SILVA**
Data do Acidente: **01/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180031447** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01899/01900 - carta_02 - INVALIDEZ
00050950

Carta nº 12326017

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	015.350.244-12	José Januario da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José Januario da Silva		CPF titular da conta: 015.350.244	Profissão: Trab. Rural
Endereço: Rua do Rosario		Número: 135	Complemento: —
Bairro: Cariri	Cidade: Cariri/Itambe	Estado: PE	CEP: 55920-000
Email: marsimoriapenduricia@outlook.com			Telefone (DDD): (81) 3011-3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [x] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0882 DV: 6 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 0000902 DV: 4 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: DV: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DV: (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiamalte 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

José Januario da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Autorização de pagamento

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS 12 JAN 2018

FAPPF.001 V001/2017

ARUANA SEGUROS
12 JAN 2018

Bradesco Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.003497

JOSE JANUARIO DA SILVA 13:27 HRS
AGENCIA 0882 CONTA 0000902-4 28/DEZ/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL ..... [illegible]
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) [illegible]

TOTAL DE RECURSOS ..... [illegible]

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
	JULHO/2015		
	SALDO ANTERIOR		0,00
	DEZEMBRO/2017		
28	TARIFA BANCARIA 0101017		[illegible]
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0101117		[illegible]
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0110917		[illegible]
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0121217		[illegible]
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	SALDO TOTAL		[illegible]

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA S... ...ROS
12 JAN 2018

Declaracao de Inexistencia de IML

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
José Januario da Silva	015.350.274-12	01/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

Goianaltê, 05 de Janeiro de 2018

Local e Data

José Januario da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS 12 JAN 2018

DALL001 V001/2017

Goiana/PE, 11 de dezembro de 2017.

Comprovacao de ato declaratorio

SAULO SILVA **GUSMÃO** - Ten Cel QOC-BM
Comandante do 7ºGB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 020/17- 7ºGB

O Comandante do 7º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Srª PATRICIA MARIA ALVES DE SOUZA SILVA. RG. 5751659 - SSP/PE, residente na Rua Professora Inácia Maria Simões,29 – Caricé - Itambé - PE, certifica que uma equipe em deslocamento à Klabin para efetuar refeição, ás 12h07min do dia 01 de novembro de 2017,a PE 75 - Goiana-PE, próximo à Klabin, deparou com vários populares acenando, pois no acostamento havia duas vitimas deitado de decúbito dorsal. Prontamente iniciamos o atendimento pré-hospitalar do Srº. JOSÉ JANUÁRIO DA SILVA, que se encontrava consciente e orientado, com fratura no membro superior direito e várias escoriações pelo corpo devido a queda de moto, este vinha conduzindo o veiculo. Depois de realizadas as devidas ações de primeiros socorros, as vítimas foi encaminhada ao Hospital Belarmino Correia,a outra vitima conduzido pela ambulância da Klabin, chegando ao hospital as vitimas ficaram aos cuidados do médico por nome Martins Carlos. Nada mais havendo a certificar do que consta no registro do relatório básico e de atendimento pré-hospitalar da ocorrência, que se encontra arquivado no 7ºGB, segue, aposto, com o sinete do 7ºGB e assinado pelo 2º Sgt./BM 798327-1 ALDIR FRANCISCO DOS SANTOS Auxiliar da Divisão de Operações do 7º Grupamento de Bombeiros. Aldir Francisco dos Santos

ARUANA SEGURO
12 JAN 2018

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: 07/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JANUARIO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00882-6

CONTA: 000000000902-4

Nr. Autenticação
BRADESCO0702201805000000000023700882000000000902472500 PAGO

celpe
neoenergia

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, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005940-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EULALIA MARIA DA CONCEICAO SILVA

CPF: 026 470 504-14

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásica

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO ROSARIO 15,

CARICE/CARICE
ITAMBE PE
55920-000

CÓDIGO DO CONSUMIDOR: 0450077022
REFERÊNCIA: 09/2017

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000431112	UNICA	00/00/2017

DATA DE APRESENTAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE LEITURA PRÓXIMA
14/09/2017	06/10/2017	

DATA DE APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
06/09/2017	3000198047	3038177

TOTAL A PAGAR (R$): 32,93

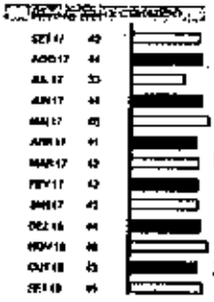
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	42,0000000	0,67315077	28,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,22
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,40
Contrib. Iluminação Pública			2,33
Multa por atraso-NF 000419426 - 07/08/17			0,56
Juros por atraso-NF 000419426 - 07/08/17			0,16
Compensação CMIC 07/17			-0,04

TOTAL DA FATURA 32,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº do medidor	Tipo da leitura	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	[illegible]	07/08/2017	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		42,00



	Base de cálculo	%	Valor do imposto
ICMS	28,49	0,00	0,00
PIS	28,49	0,00	0,00
COFINS	28,49	0,00	0,00

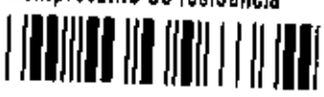
COMPOSIÇÃO DO PREÇO

Geração de Energia	R$	0,00	0,00%
Transmissão	R$	0,00	0,00%
Distribuição (Celpe)	R$	0,00	0,00%
Perdas de Energia	R$	2,01	6,97%
Encargos Setoriais	R$	2,03	6,77%
Tributos	R$	9,21	28,00%
Total	R$	13,24	100%

CONTEÚDO ENERGÉTICO — TARIFAS APLICADAS — CÓDIGO DE BARRAS

081C 0309 FA44 2975 710 1 2038 453E F6FB

Comprovante de residencia



INFORMAÇÕES PARA FISCALIZAÇÃO

	Base de cálculo	Alíquota interna	Valor do imposto	Valor isento
ICMS	3,62	0,00	11,24	27,30
PIS	1,00	2,26	0,22	11,45
COFINS	3,62	2,79	0,00	0,00

Leituras: 72,77 — ELFO - Perdas de Energia de Baixa Tensão de Distribuição: R$ 10,48

HISTÓRICO DE TENSÃO

Tensão nominal (V)	Limites de variação (V) máxima	mínima
220		

ARUANÃ SEGUROS
12 JAN 2018

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

celpe neoenergia

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MELICIO DA COSTA LEITE NETO

CPF: 214 938.474-49

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO DE CAXIAS 170 D

CENTRO/GOIANA
GOIANA PE
55900-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
Trifásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2431353019	01/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A LEITURA
22/01/2018	03/02/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 331,41

Nº da Nota Fiscal	Série	Emissão
000345059	ÚNICA	05/01/2018

Transcrição	Nº da Leitura	Nº da Instalação
03/01/2018	20019275/8	4080931

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

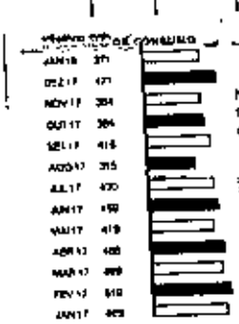
Descrição	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo(kWh)	371,00000000	0,701010320	291,09
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,78
Contribuição Iluminação Pública			48,78
Multa por atraso-NF 000323385 - 07/11/17			5,43
Juros por atraso-NF 000323385 - 07/11/17			3,26
Atualização IGPM-NF 000323385 - 07/11/17			1,78
Doação APAE - 0800 723 2723			10,00

TOTAL DA FATURA 331,41

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº do Medidor	Tipo da Posição	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº dos Dias	Constante 1,00000	Ajuste	Consumo (kWh) 371,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do Imposto
ICMS	264,17	0,12	1,80
PIS	264,17	3,35	8,85
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$ 77,93	27,01%
Transmissão	R$ 7,70	2,67%
Distribuição (Celpe)	R$ 63,58	24,07%
Perdas de Energia	R$ 19,10	7,22%
Encargos Setoriais	R$ 29,95	9,01%
Tributos	R$ 75,89	29,11%
Total	R$ 264,17	100%

Consumo Ativo(kWh) — TARIFAS APLICADAS

F23C.C329.B80A.AB44.DEA81242.RA40.A940

Na data de vencimento em vigor é a Vencimento original, [illegible] Pagto em atraso gera multa 2%(Res 414/2010). Juros [illegible] Obrigatória a comprovação do pagamento quando há demonstrativo de débito [illegible] 1994 (Lei 10.438/02) e atualização monetária pelo IGPM-FGV. O Cliente é comprimido quando há demonstrativo de débito [illegible] de pontos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, para religamento do consumidor deverá [illegible] de faturamento, poderão também ser cobrados pelo cliente despesas no ciclo em que ocorrer a ocorrência. O consumidor deve [illegible] cancelar a prestação de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 17 Resol 414/10.

ATENÇÃO!A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[redacted]

Vencto	Dt-pgtos	Valor	Vencto	Dt-pgtos	Valor
20/12/17	05/01/18	429,16			

Em caso de não pagamento da conta, o fornecimento de energia poderá ser suspenso bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de proteção de crédito do SPC e Serasa, com abrangência nacional. Fica comunicado não subsistir o débito de atraso e que não haverá não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser apresentados após o trânsito do processo.

Havendo débitos de 2016 e anos anteriores, Essa declaração substitui para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais são: Obrigações vencidas e não pagas (Art. 42 Lei 12.007/09) Esta declaração não abrange débitos de parcelamento junto à Celpe, débitos em discussão judicial que também não sejam objetos de processo judicial.

DEMONSTRAÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	Conjunto	Valor do Limite	Limite 3º trimestre	Limite 4º trimestre	Limite 1º trimestre	Limite 2º trimestre
DIC		0,00	3,23	8,47	19,85	
FIC		0,00	2,71	0,00	0,00	
DMIC	Unidade DEC	2,73				

DMIC - Valor da Energia da Linha do Sistema de Distribuição = R$ 81,29

HISTÓRICO DE TRIBUTOS

Tensão Nominal (V)	Limite Extrapolação Mensal	Limite Extrapolação Anual
380	231	1386

2431353019 | 01/2018 | 22/01/2018 | 331,41

DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R$)

[illegible]001910-8 10743670813

Comprovante de residência

ARUANA SEGUROS
12 JAN 2018

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

[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 Luiz Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 - 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Januario da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.350.244-12, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Januario da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.350.244-12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: Rua Duque de Caxias		Número: 107	Complemento: D
Bairro: Centro	Cidade: Goiana	Estado: PE	CEP: 55900-000
Email: mramosoriapendencia@outlook.com		Telefone comercial (DDD): (81) 3011-2224	Telefone celular (DDD): (81) 99808-6287

Goiana/PE 08 de Janeiro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DS.DPL.001 V001/2017

Declaração Circular SUSEP 445/12

TRUANA SEGUROS
12 JAN 2018