

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: 27/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

Nr. da Autenticação 5B1BEADC8E870252

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6278085

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Sinistro: 3150109258
Vitima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Data Acidente: 12/05/2014
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6364962

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Sinistro: 3150109258
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Data Acidente: 12/05/2014
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.dpvatsegurodotransito.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, 01 de Maio de 2015

Carta nº: 6878676

A/C: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Sinistro: 3150109258
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Data Acidente: 12/05/2014
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: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 0000012542-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Jose Alexandre da Conceição
 PORTADOR(A) DO RG Nº 8654561 EXPEDIDO POR SDS-PB EM 18/01/82
 CPF 09.899.2329-08 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose A. da Conceição, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 3122 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 12542-7

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

LOCAL Abreu e Lima DATA 13/01/15

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Jose Alexandre da Conceição

ARUANA
SEGUROS S.A.

06 FEV 2015

Sinistro DPVAT

! ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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 0800-0211204.

ARUANA
SEGUROS S.A.
06 FEV 2015
Sinistro DPVAT

CAIYA POUPANÇA

6277-8010 6595 0358
JOSE ALEXANDRE CONCEICAO
3122 013 00012542-7 11/18

elo



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Alexandre da Conceicao
Endereço do(a) Examinado(a): Rua General Abreu e Lima, S/N
Caetés Velho Abreu e Lima PE CEP: 53560-270
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8654561
Data local do exame: [17/04/2015] 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)

Contusao em joelho direito + lesao corto contusa. Discreta limitacao na ADM do joelho direito com presenca de crepitacao a movimentacao ativa e passiva, forca no MID preservada. Marcha claudicante.

- 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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- 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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

Desbridamente + sintese de lesao corto contusa. Fez 20 sessoes de fisioterapia.

- 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.

Discreta limitacao na ADM do joelho direito com presenca de crepitacao a movimentacao ativa e passiva, forca no MID preservada. Marcha claudicante.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

membro inferior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

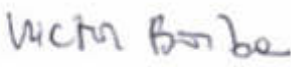
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E
LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0117004450**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2014** às **08:23**

Complementa o BO Número: **14E0117003106**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 12/5/2014 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 1, ASSEDIPE, 01 DISTRITO INDUSTRIAL - ABREU E LIMA - Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO /BRASIL - Ponto de Referência: FABRICA DE TINTAS. Local do Fato: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JERONIMO GOMES BARBOSA (OUTRO)
JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE
ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO



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

JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO Pat: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 18/1/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8664661/SSP/PE (RG), 09849262448 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 87057159

Endereço Residencial: BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 616, CORREGO DA PRATA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES II - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

JERONIMO GOMES BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO Pat: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 18/1/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8664661/SSP/PE (RG), 09849262448 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 87057159

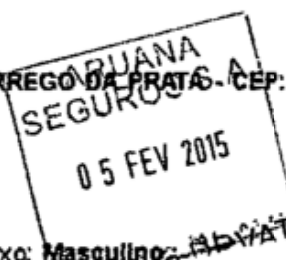
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JERONIMO GOMES BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não

1004450

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Cor: **AMARELA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **PFJ7059** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **268883008** Chassi: **9C2H0210AR644160**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

CAMINHONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/GM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA AV: ASSEDIP/ABREU E ELIMA NO SENTIDO BR-101/CAETES, NAS PROXIMIDADE DA FABRICA DE TINTA, AO VER O CAMINHÃO FAZER UMA PARADA REPENTINA, A VITIMA FREIOU A MOTOCICLETA PARA NÃO COLIDIR NA TRAZEIRA DO CAMINHÃO VINDO A CAIR SOBRE O SOLO E LEVADO PARA HOSPITAL E MATERNIDADE DE ABREU E LIMA, QUE APOIS SENDO TRANSFERIDO PARA HOSPITAL MIGUES ARRAES, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

X
JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gisele Alexandre da Conceição, portador(a)
do RG nº 8054561 e inscrito(a) no CPF sob o nº 0984952448 residente e
domiciliado(a) à R. Sítio Laguaribe, 31
na cidade de Abreu e Lima, UF PE, declaro, sob as penas da lei,
que estou impossibilitado(a) 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:

- ☒ 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 a
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.

Gisele Alexandre da Conceição

Assinatura do declarante

(conforme documento de identificação)



Abreu e Lima, 13 de fevereiro de 20 15.



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 221506

Senha da Classificação:

0047

Data e Hora: 12/05/2014 22:38

Paciente: 66632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 18/01/1982 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: CORREGO DA PRATA 515 Bairro: CAETES II
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 23:05

Queixa Principal

FRATURADO DO OMBRO DIREITO PROVOCADO
POR QUINTA QUINTA AS 15:00 DIA 11/05/14
SINTOMAS EM DIA

Exame Físico

FRATURADO EXTREMO DO OMBRO DIREITO
ARTICULACAO DO OMBRO DIREITO (+)
PLENO MOVIMENTO

Hipótese Diagnóstico

FRATURADO OMBRO CONTUSO

Prescrição Médica

DITRANAL 50 + 1000 STG, 91, 10, AGORA
DO BLOCO DE ANESTESIA

Humberto Artur S. Santos
Traumato - Ortopedia
CRM-PE 15570

Assinatura e Carimbo/Médico

ato declaratório

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

ARUANA
SEGUROS S.A.

06 FEV 2015

Sinistro DPVAT

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gosi Alexandre da ConceiçãoRG nº 8854561, data de expedição 25/09/08, Órgão SDS-PE

CPF nº 09849252448, 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)	<u>Rua Sítio Jaguaribe</u>	
Número	<u>21</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Jaguaribe</u>	
Cidade	<u>Abreu e Lima</u>	
Estado	<u>PE</u>	
CEP	<u>53500-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(81) 8744-6436</u>	<u>(81) 8705-7159</u>
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima 13/01/15Assinatura do Declarante: X Gosi Alexandre Conceição



DADOS DO CLIENTE
ELIS REGINA BATISTA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÍTIO JAGUARIBE 31

CPF 060 344 404-08 NIS 16149088232

JAGUARIBE/ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53500-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM MS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
000721511	UNICA	06/01/2015
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
1501/2015	2010578535	5178993

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7003026080	01/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA FATURA
22/01/2015	06/02/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	
3,83	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aino 316 30 kWh	30,000000	0,12501345	3,75
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,08
TOTAL DA FATURA			3,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO VEICULADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
212082184	CAI	15/12/2014	0,00	06/01/2015	30,20	29	1,7700		30,20

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS/ANO (kWh)			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO		R\$	
JAN 15 30						Geração de Energia	2,28	59,01
FEV 14 30			ICMS			Transmissão	0,07	1,83
MAI 14 30			PIS	3,83	0,00	Distribuição (Celpe)	1,28	32,90
JUL 14 30			COFINS	3,83	2,78	Energia Saneamento	0,12	3,13
SET 14 30						Tributos	0,12	3,13
AGO 14 30						Total	3,83	100,00
ABR 14 30			TARIFAS APLICADAS					
JUN 14 30			Consumo Aino 316 30 kWh				0,12501345	
MAI 14 30			RECORRIMENTO FISCAL					
AGO 14 30			8050 9890 B163 E80C B8F8 3E9D BF44 450C					
FEV 14 30								
JAN 14 30								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
No ato de leitura e emissão da fatura, a Companhia Energia de Pernambuco, em nome do seu grupo, faz o pagamento em nome do seu grupo, multa de 20% sobre o valor devido, quando não for pago no prazo de 10 dias após a emissão da fatura. O cliente é responsável quando há variação na contabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Desconto de 10% na tarifa de energia elétrica é concedido quando o cliente não utiliza a energia elétrica por mais de 30 dias consecutivos. Em caso de suspensão de fornecimento, a energia elétrica pode ser reativada após 3 dias de suspensão, podendo também ser cobrada a multa de disponibilidade no caso de suspensão.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO					
Comunicando o pagamento de(s) conta(s) de energia elétrica					
Valor	Debitado	Valor	Valor	Debitado	Valor
24/02/14	1501/14	3,21	21/01/14	1501/14	3,21
22/02/14	1501/14	3,72	22/02/14	1501/14	3,72
21/03/14	1501/14	3,70	22/03/14	1501/14	3,70
O cliente não pode pagar o débito, o fornecimento de energia elétrica será suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão de juros e multa de 20% sobre o valor devido, bem como a cobrança de energia elétrica nacional. Este comunicado não substitui o envio de débitos, portanto, em caso de não pagamento de débitos, em decorrência judicial, que poderá ser cobrada após a suspensão.					

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APROVADO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
CRUIZ DE REDUÇÕES							
DEC	3,75	10,50	21,17	42,34	220	201	231
DEC	1,00	7,82	15,64	31,28			
DEC	3,75	9,38	0,00	0,00			

Linha DCE: 16,50 RUED - Valor de R\$ 16,50 de Uso Sistema de Distribuição - P1 x 75

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7003026080	01/2015	22/01/2015	3,83
83800000000-9 03830011007-0 00302608010-3 01835686733-4			



ARUANA SEGUROS S.A.
06 FEV 2015
Sinistro DPVAT

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DE ABREU E LIMA

GUIA PARA ENCAMINHAMENTO DO S.P.A.

Destino: HMA

Senha: 44 30 714 Hora: 17:00

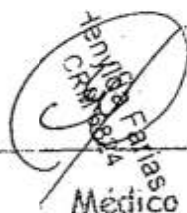
Nome: Jose, Alexandre de Oliveira Idade: 32 anos

DOA: Paciente vítima de acidente de moto / álcool -
excesso / ferimentos na perna D. com fratura
profunda de ± 12cm e/ de osso metacarpo
causando. Ex. apresentando alterações: A. 40

DO: Ferimentos profundos / artrose 7.7.7

Motivo da transferência: Parecer do traumatologista.

Data: 12 / 05 / 14 Hora: 17:00


Médico

ARUANA
SEGUROS S.A.
06 FEV 2015
Sinistro DPVAT

10040

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome JOSÉ ALEXANDRE CORREIA Reg. 66632

1 - EM CASO DE INFECÇÃO À ADMISSÃO, INFORMAR:

Esteve internado no HMA antes do internamento atual? SIM () NÃO ☒

Realizou cirurgia ou outro procedimento invasivo no HMA antes do internamento atual? SIM () NÃO ☒

Qual cirurgia/ procedimento realizado: _____

2 - CIRURGIAS REALIZADAS DURANTE INTERNAMENTO ATUAL: Não realizou ()

a) LIMPEZA + CURA DE FERIDA Classificação: ☒ (L) (PC) (C) (I)*
b) _____ Classificação: (L) (PC) (C) (I)
c) _____ Classificação: (L) (PC) (C) (I)

* (L) limpa, (PC) potencialmente contaminada, (C) contaminada (I) infectada

3 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Acesso Venoso Periférico ☒ Acesso Venoso Central () Sondagem Vesical ()
Ventilação Mecânica () Traqueostomia () Não realizou procedimentos ()

4 - INFECÇÕES APÓS 72H DA ADMISSÃO, OU relacionadas à cirurgia (item 2) OU ao procedimento invasivo (item 3)

SIM () NÃO ☒

5 - ANTIMICROBIANOS USADOS:

Profilático ☒ Terapêutico () Não utilizou ()

6 - Necessitou de alguma precaução (contato, respiratório)? SIM () NÃO ☒

7 - Data de saída: 14/05/14 Alta ☒ Óbito ()

Óbito associado à infecção hospitalar? SIM () NÃO ☒

8 - DIAGNÓSTICO DE ALTA: a) PERMUNO EXTERNO E FERIDA CURADA

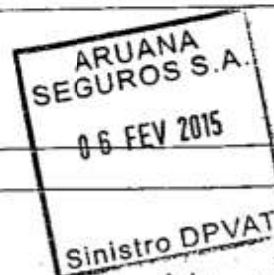
b) _____

c) _____

9 - Observações: _____

Assinatura _____

Dr. João Monteiro
Ortopedia Traumatologia
CREMEPE 21176
Carimbo



Data: 14/05/2014

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 221506 Prontuário: 66632 SAME: 57709 Hora Atend: 22:38 Data Atend 12/05/2014
Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO Idade: 32 a
Endereço: CORREGO DA PRATA
Bairro: CAETES II
Cidade: ABREU E LIMA UF: PE CEP: 53530545
Convênio: SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano: PLANO UNICO
Médico(a)/CRM: PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
CID Principal:
Resultado: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Hora Saída: 23:14 Data Saída: 12/05/2014



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES DE ALENCAR

Atendimento: 221508

Dt Atendimento: 12/05/2014 - 23:15

Dt Alta: 14/05/2014 - 13:56

Paciente: 66632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Serviço: 15 CIRURGIA ORTOPEDICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 61 ORTL-509-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID: S810

FERIMENTO DO JOELHO

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

ARUANA
SEGUROS S.A.
06 FEV 2015

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Ficha de Cirurgia Descritiva

Índice de Cirurgia : 22611
Paciente : 66632
Convênio Atend. : 1
Leito : 558
Dt. Início : 13/05/2014 00:05
Pré-Operatório : S810
Pós-Operatório : S810

Sala : 0001 SALA 01

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
SUS - INTERNACAO
VERD2-05
Dt. Fim : 13/05/2014 00:06
FERIMENTO DO JOELHO
FERIMENTO DO JOELHO

Atendimento : 221508
Carteira :
Idade : 32 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0401010058
Convênio: 001
Anestesia:

EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA
SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

Cirurgião

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: EXTENSO FERIMENTO JOELHO DIREITO
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURAS DE EXTENSOS FERIMENTOS
OPERADOR: HUMBERTO ARTUR
ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INFILTRADO LIDOCAINA EM BORDAS DO FERIMENTO
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIR; DESBRIDAMENTO DE BORDOS DESVITALIZADOS DA FERIDA; LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. SUTURA DA PELE COM NYLON
7. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Humberto Artur S. Santos
Traumato. Ortopedia
CRM-PE 19.979

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM: 15570

FATURADO
EM 29/05/14



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 221508

Usuário: WESLEYFS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Idade: 32a 3m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: _____ Escolaridade: _____
R.G.: _____ C.P.F.: _____ Telefone: _____
Endereço: CORREGO DA PRATA CEP 53530545
- ABREU E LIMA - PE
Origem: INTERNACAO
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-05
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: FATURADO
Endereço: _____ Número: _____ Estado civil: _____
Telefone: _____ Cidade: _____

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 14/05/2014
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: BOAS PARA ACOMPANHAMENTO AUTONOMIA

Diagnóstico Principal.....: EXTENSO FERIMENTO NO JOELHO DIREITO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: LIMPEZA CIRURGICA + SUTURA.

Dr. João Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 21776

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

ARIANA
SEGUROS S.A.

06 FEV 2015

Sinistro DPVAT

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: JOSÉ NIXPIDILO CORREIAS Registro: 6632

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
12/03/14	HISTÓRICO EDUCAMENTO EXTENSIVO SÓCIO DIFERENCIAL BIG, ORIENTADO, REPÚBLICA 121 DO BLOCO CIRÚRGICO Humberto Artur S. Santos Traumatologia / Ortopedia CRM-PE 19.979
14.05.14	ORTOPEDIA HOJE 2º DIA FOMOS EXAMINADO NO DEPARTAMENTO, POR EXAMINAR AÍ AS LESÕES CO: AUM E ORTOPEDIA Recomendação de 15 dias SUS ORTOPEDIA & PI. FOMOS EXAMINADO Dr. João Monteiro Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 21176

ARUANA
SEGUROS S.A.
06 FEV 2015
Sistema DPVAT

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HMA

12/05/2014 22:52

Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Cód. Paciente: 66632
Data de Nascimento: 18/01/1982
Sexo: Masculino
Idade: 32
Senha: 0047
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 221506



12/05/2014 22:52 - RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FERIMENTO PROFUNDO EM JOELHO D. ENCAMINHADO DA MATERNIDADE DE ABREU E LIMA SENHA: 4430714.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: -

Recursos Utilizados: -

Intervenções Salva Vida: -

Condições de Alto Risco: -



Acolhido(a) por: RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA
Data: 12/05/2014 22:52

Aviso de Cirurgia : 00022611 Data : 12/05/2014 23:51 Tipo : Internação
Centro Cirurgico : BLOCO CIRURGICO Exame : Nao
Sala : 01 SALA 01 U.T.I : Nao
Paciente : 00066632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Data : 12/05/2014 Atendimento : 221508 Idade : 32 anos
Hora Prev. Inicial : 21:30 Hora Real Inicial : _____
Hora Prev. Final : 22:50 Hora Real Final : _____
A Seguir :
Acomodação :
Anestesia : Pacote: Nao
Pediatria :
Leito : VERD2-05 *22611*

Aviso de Cirurgia

Cirurgia

2498 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENT

Observação

Procedimento

Convênio

0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUC SUS - INTERNACAO

CRM

Equipe Médica

15570

CIRURGIAO

61 ROMERO MONTENEGRO NERY

Qt. Solicitada

Equipamentos



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002
Data.....: 12/05/2014
Hora.....: 23:47

DR(A) : ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
CRM : 13344

ARUANA
SEGUROS S.A.
06 FEV 2015
Sinistro DPVAT

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Aviso de Cirurgia : 00022611 Data : 12/05/2014 23:51 Tipo : Internação
Centro Cirurgico : BLOCO CIRURGICO Exame : Nao
Sala : 01 SALA 01 U.T.I : Nao
Paciente : 00066632 JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO
Data : 12/05/2014 Atendimento : 221508 Idade : 32 anos Telefone :
Hora Prev. Inicial : 21:30 Hora Real Inicial : _____ Tipo Sanguíneo :
Hora Prev. Final : 22:50 Hora Real Final : _____
A Seguir :
Acomodação :
Anestesia : Pacote: Nao Leito : VERD2-05 Aviso de Cirurgia
Pediatria :
22611

Cirurgia

2498 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENT

Observação

Procedimento

Convênio

0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUC SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

CRM

CIRURGIAO 61 ROMERO MONTENEGRO NERY

15570

Equipamentos

Qt. Solicitada





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 03 M 02

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES BURIL

POLEGAR DIREITO

Jose Alexandre da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA
SEGUROS S.A.
06 FEV 2015
Sinistro DPVAT

REGISTRO GERAL 8.654.561 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2008
NOME << JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO >>
<< >>
<< MARIA DA CONCEIÇÃO >>
NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 18/01/1982
DOC ORIGEM << CN 50972 E A46 E 284 CART SAO
JOSE RECIFE-PE 24.07.1988 >>
CPF
ASSINATURA DO DIRETOR
LE N° 316-88-2108-8
F 31.72.328 4322

ARUANA
SEGUROS S.A.
06 FEV 2015
Sinistro DPVAT

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal

CPF

Documento de Identificação
098.492.524-48

Nome
JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Nascimento
18/01/1982


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de Novembro de 1889

**ARUANA
SEGUROS S.A.**
06 FEV 2015
Sinistro DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Alexandre da Conceição

RG nº 8.654.561, data de expedição 25/09/08, Órgão SDS/PZ

CPF nº 098.492.524-48, 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)	<u>Rua Sítio Jacuquimã</u>
Número	<u>31</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jacuquimã</u>
Cidade	<u>Almeida Lima</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>535000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3037-0730 / (81) 8842-3836</u>
E-mail	<u>(81) 8544-6436 / (81) 8705-2359</u> <u>(81) 8744-6436</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 23 de Março de 2015

Assinatura do Declarante: X Jose Alexandre da Conceição



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50066-902
CNPJ 10.828.932/0001-78 | Insc. Est. 0005943-28 | www.cepem.com.br

DADOS DO CLIENTE
ELIS REGINA BATISTA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÍTIO JAGUARIBE 31

CONF ID: A44 204-08.015 1514050232

JAGUARIBE/ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53502-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUS
MUNICÍPIO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
00072451	UPICR	06/01/2015
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/01/2015	2010679535	0170993

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7003026080	01/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA PROPOSTA PRECATORIA LO PRAZ
22/01/2015	08/02/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	3.83

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água 30 kWh	30,00000000	0,12501345	3,75
Consumo Saneamento VERMELHA			0,00
TOTAL DO Cálculo			3,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
01208-00344	CA-7	10/12/2014	0,00	08/01/2015	9,00	28	0,7500		21,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Protein	Accession	Score
ADAMTS-1	U01450	100
ADAMTS-2	U01451	100
ADAMTS-3	U01452	100
ADAMTS-4	U01453	100
ADAMTS-5	U01454	100
ADAMTS-6	U01455	100
ADAMTS-7	U01456	100
ADAMTS-8	U01457	100
ADAMTS-9	U01458	100
ADAMTS-10	U01459	100
ADAMTS-11	U01460	100
ADAMTS-12	U01461	100
ADAMTS-13	U01462	100
ADAMTS-14	U01463	100
ADAMTS-15	U01464	100
ADAMTS-16	U01465	100
ADAMTS-17	U01466	100
ADAMTS-18	U01467	100
ADAMTS-19	U01468	100
ADAMTS-20	U01469	100
ADAMTS-21	U01470	100
ADAMTS-22	U01471	100
ADAMTS-23	U01472	100
ADAMTS-24	U01473	100
ADAMTS-25	U01474	100
ADAMTS-26	U01475	100
ADAMTS-27	U01476	100
ADAMTS-28	U01477	100
ADAMTS-29	U01478	100
ADAMTS-30	U01479	100
ADAMTS-31	U01480	100
ADAMTS-32	U01481	100
ADAMTS-33	U01482	100
ADAMTS-34	U01483	100
ADAMTS-35	U01484	100
ADAMTS-36	U01485	100
ADAMTS-37	U01486	100
ADAMTS-38	U01487	100
ADAMTS-39	U01488	100
ADAMTS-40	U01489	100
ADAMTS-41	U01490	100
ADAMTS-42	U01491	100
ADAMTS-43	U01492	100
ADAMTS-44	U01493	100
ADAMTS-45	U01494	100
ADAMTS-46	U01495	100
ADAMTS-47	U01496	100
ADAMTS-48	U01497	100
ADAMTS-49	U01498	100
ADAMTS-50	U01499	100
ADAMTS-51	U01500	100
ADAMTS-52	U01501	100
ADAMTS-53	U01502	100
ADAMTS-54	U01503	100
ADAMTS-55	U01504	100
ADAMTS-56	U01505	100
ADAMTS-57	U01506	100
ADAMTS-58	U01507	100
ADAMTS-59	U01508	100
ADAMTS-60	U01509	100
ADAMTS-61	U01510	100
ADAMTS-62	U01511	100
ADAMTS-63	U01512	100
ADAMTS-64	U01513	100
ADAMTS-65	U01514	100
ADAMTS-66	U01515	100
ADAMTS-67	U01516	100
ADAMTS-68	U01517	100
ADAMTS-69	U01518	100
ADAMTS-70	U01519	100
ADAMTS-71	U01520	100
ADAMTS-72	U01521	100
ADAMTS-73	U01522	100
ADAMTS-74	U01523	100
ADAMTS-75	U01524	100
ADAMTS-76	U01525	100
ADAMTS-77	U01526	100
ADAMTS-78	U01527	100
ADAMTS-79	U01528	100
ADAMTS-80	U01529	100
ADAMTS-81	U01530	100
ADAMTS-82	U01531	100
ADAMTS-83	U01532	100
ADAMTS-84	U01533	100
ADAMTS-85	U01534	100
ADAMTS-86	U01535	100
ADAMTS-87	U01536	100
ADAMTS-88	U01537	100
ADAMTS-89	U01538	100
ADAMTS-90	U01539	100
ADAMTS-91	U01540	100
ADAMTS-92	U01541	100
ADAMTS-93	U01542	100
ADAMTS-94	U01543	100
ADAMTS-95	U01544	100
ADAMTS-96	U01545	100
ADAMTS-97	U01546	100
ADAMTS-98	U01547	100
ADAMTS-99	U01548	100
ADAMTS-100	U01549	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPÓSTO
ICMS			
PIS	100	0,65	0,65
COFINS	100	3,75	3,75

COMPANHIA DO COMÉRCIO

	R\$	%
Geração de Energia	2,26	79,01
Transmissão	0,27	1,03
Distribuição (Câmpus)	1,34	50,90
Energia Soterrada	6,12	2,15
Tributação	0,12	0,43
Total	2,03	100

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

10.1111/j.1365-3113.2011.04591.x

RESERVADO AO FISCO

8150 8980 8163 8986 8988 8930 8944 450C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATTENZIONE: SEBASTIÃO DI CARVALHO, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676,

Consumers get a full complement of information on energy choices.

Variable	Descriptive	Value	Variable	Descriptive	Value
24.524	15010.0	3.81	25.114	17724.0	2.82
25.114	16818.0	3.72	26.694	18104.0	3.84
26.694	16098.0	3.70	28.674	14280.0	3.73
28.674	9880.0	48.48			

Em caso de não pagamento do boleto, a fornecedora de energia pode se dar sustento, bem como poder e recorrer aos órgãos responsáveis pelo registro de reclamações do SP e SRAEA, com as seguintes regras: Este contrato não transfere a responsabilidade de cobrança, arrejar ou não com o risco de não ser cobrado, sendo de responsabilidade do consumidor a sua cobrança e o envio de dados para o fornecedor.

As informações aqui são
fornecidas gratuitamente por
474.000.000. Se quiser, consulte
nosso site em www.474.com para
obter mais informações sobre
nosso serviço e como nos
contatar. Obrigado por nos
contatar.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONCRETO	VALOR AJUSTADO 2019-2019	VALOR 2019-2019	VALOR 2019-2019	VALOR 2019-2019
CHC	CHC DE RESIDUAIS	3,75	10,66	21,17	42,34
ENC		1,00	7,82	15,64	31,28
ENC		1,00	7,82	15,64	31,28

[illegible]

NIVEAU DE TENSAP

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	inferior	superior
220	201	231

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 399–405

COTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1003536083	01/2015	22/01/2015	

83800000000-9 03830011007-0 00302608010-3 01835686733-4



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109258 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 12/05/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em joelho direito

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109258 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 12/05/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão em joelho direito + lesão corto contusa.

Descrição do exame médico pericial: Discreta limitação na ADM do joelho direito com presença de crepitação a movimentação ativa e passiva, força no MID preservada. Marcha claudicante

Resultados terapêuticos: Desbridamente + síntese de lesão corto contusa. Fez 20 sessões de fisioterapia

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve em MID

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

