

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Sergio F.A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344, 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Marcos B. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.981.754, 26, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Marcos B. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.981.754, 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Dirектор Geral Renda: 1.279,15 e apresento os documentos comprobatórios:
Conta cheque

Recuso informar

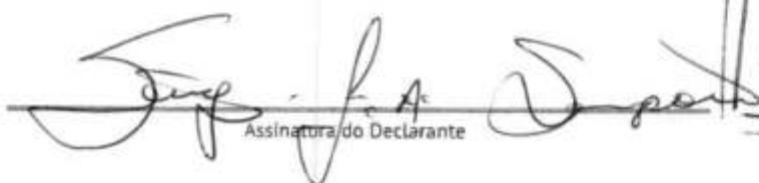
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

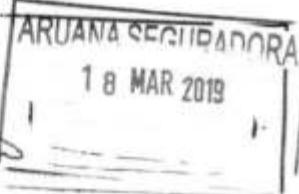
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | |
|----------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| Endereço | <u>Buclides Bezerra lins</u> | | Número | Complemento |
| Bairro | <u>Centro</u> | Cidade | <u>Ouiucui</u> | Estado |
| Email | <u>Serginfasampaio@hotmail.com</u> | Telefone comercial (DDD) | <u>(87) 99980-5451</u> | Telefone celular (DDD) |
| | | | <u>(87) 9.9998-3998</u> | |

Ouiucui, 08 de Fevereiro de 2019

Local e Data


 Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tiago de Brito Leite,

RG nº 2005034055918 data de expedição 21/07/15,
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 087.191.624-05, com
domicílio na cidade de Granito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Arical, nº 5N°,

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 Antônio Marcos B. de Oliveira cujo o condutor era Antônio Marcos Brito de Oliveira

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda NXR 160

Ano: 2015

Placa: PNF J240

Chassi: 9G2KD00810FR479988

Data do Acidente: 20/01/2018

Local e Data: Granito 03/01/19

Tiago de Brito Leite

Assinatura do Declarante

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



SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3880-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de TIAGO DE BRITO LEITE, Dou Fé. Granito-PE - EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIÃO

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA INTERNADA: 03/12/2018 12:47:37

NOME: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA
ENDERECO: RUA DO SOSSEGO
MUNICIPIO: GRANITO
NATURALIDADE: GRANITO
PROFISSÃO:
MÃE: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA
PAI CICERO PEDRO DE OLIVEIRA
NOME DO RESPONSÁVEL:
CNS: 700400451315848

DATA NASCIMENTO: 07/08/1990 PRONTUÁRIO: 17228
IDADE: 28 anos(s) 3 mese(s) 9 dia(s)
BAIRRO: CENTRO Nº: 1
SEXO: MASCULINO COR: PARDAS
ESTADO CIVIL: CASADO(A)
RG: 8584762 ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA
PARENTESCO:
ESCOLARIDADE:

CPF: Leito: ENF 6 VIRT. 1
615

OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE:

DATA:

HORA:

NATUREZA DO
ACIDENTE

- | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Casual | <input type="checkbox"/> Acid. Trânsito | <input type="checkbox"/> Intoxicação | <input type="checkbox"/> Tent. Suicídio |
| <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho | <input type="checkbox"/> Agressão | <input type="checkbox"/> Outras Causas |

ATENÇÃO MÉDICA

ATENDIMENTO: Clínico Cirúrgico

QUEIXA PRINCIPAL:

ID:

PRESSÃO ARTERIAL:

160/80

EXAME

PULSO: TEMPERATURA: *36,6* PESO:

ESTADO GERAL:

A.C.V:

A.R:

A.D:

A.G.U:

PARTICULARIDADE OUTRAS:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

ARUANA SEGUROADORA
18 MAR 2019

| CONDICÃO DE ALTA | | | | MOTIVO DE ALTA | |
|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Óbito em _____ Hora _____ | <input type="checkbox"/> +48 Horas | <input type="checkbox"/> Decisão Médica | <input type="checkbox"/> Indisciplina |
| <input type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Piorado | | <input type="checkbox"/> -48 Horas | <input type="checkbox"/> Alta Pedida | <input type="checkbox"/> Evasão |
| TRANSFERIDO PARA: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Fratura de Perna</i> | | | | | |

RECEPCIONISTA

MÉDICO - CREMEPE



HOSPITAL DE PEQUENO PORTO DE GRANITO - H.P.P
MARIA SENHORINHA DE SOUZA
Av. José Saraiva S/N - Granito - PE
Fone: (87) 3880-1107

| | | | | | | |
|---------------|--------------------------------|-------|--------|---------|---------|-----------|
| Data: | 20/11/18 | Hora: | P.S.F: | | | |
| Name: | Antônio Alencar R. de Oliveira | | | Sexo | Idade | DN |
| Filiado: | | | | U/M | 28 | 07/08/90 |
| Endereço: | Rua do Sossego | | | Cidade: | Granito | Telefone: |
| Profissional: | | | | | | |
| Responsável: | | | | | | |

EXAME CLÍNICO

| | | | |
|---|--------|-------|---|
| PA: | Temp.: | Peso: | Conduta (continuação) |
| 130x90 | | | Quotidiano 1 Amp Em 08/51 Rxantofenona 1mg 1407 F M Dr. Rogério Macedo Médico CRMPE 2453 |
| P.t vítima de queda no moto c/ trauma em MBD + toracor d), cl dor + edema local | | | |
| Exame Físico S/ febre fadiga Naus. Dor + edema toracor d) | | | |
| Hipótese diagnóstica: trauma torácico | | | |
| Conduta: Rxantofenona RXFB p/ RXO X+ Andava no pedinte | | | ARUANA SEGURADORA 18 MAR 2019 |
| <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internam <input type="checkbox"/> Transferência: <input type="checkbox"/> Óbitos: | | | Dr. Rogério Macedo CRMPE 2453 Médico CRM |
| Assinatura: | | | |



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
OURICURI - PERNAMBUCO

BOLETIM DE CIRURGIA

PACIENTE

REG.: _____

DATA: / /

CIRURGIA REALIZADA:

CONVÉNIO: _____

INÍCIO: _____

TÉRMINO: _____

URGÊNCIA ()

ELETIVA ()

SALANº _____

ANESTESIA: GERAL ()

RAQUIANESTESIA ()

PERIDUAL ()

SEDAÇÃO ()

LOCAL ()

INÍCIO: _____

TÉRMINO: _____

EQUIPE CIRÚRGICA:

CIRURGIA: *Antônio L. Azevedo*

ANESTESISTA: _____

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

CIRCULANTE: _____

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

- 1 - hérnia de hiato fundoplicatura
- 2 - fístula por fistula
- 3 - fundoplicatura
- 4 - fístula por fistula
- 5 - Alívio de fístula por fistula
- 6 - cinturão de
- 7 - 16 saída rectal T no bolo
- 8 - Caxi

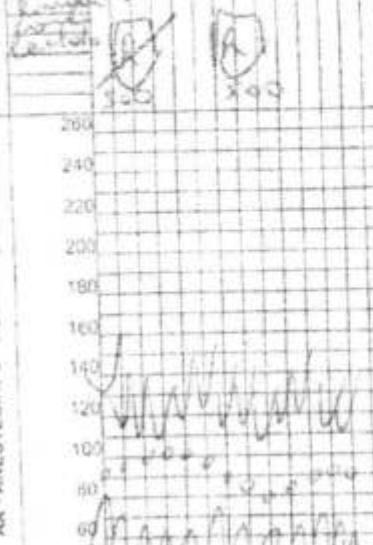
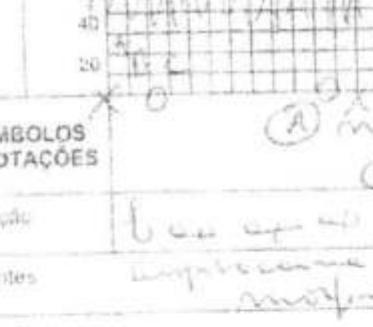
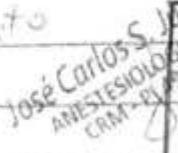
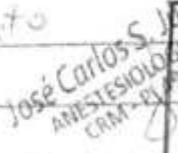
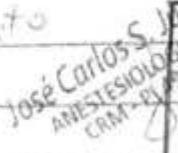
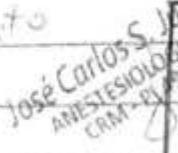
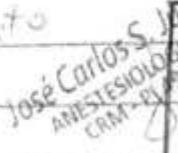
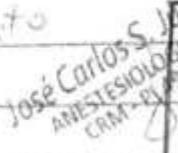
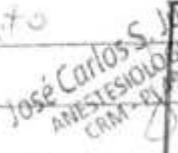
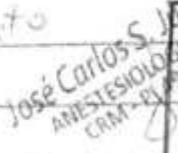
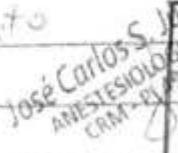
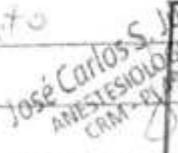
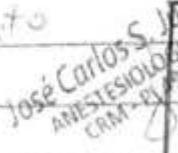
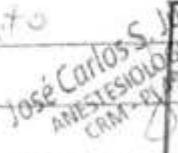
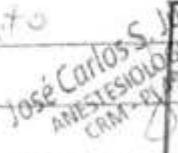
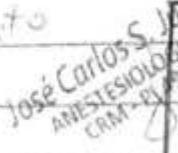
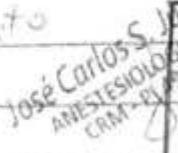
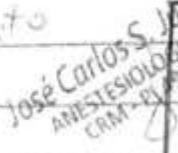
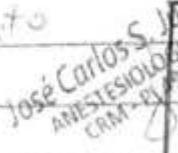
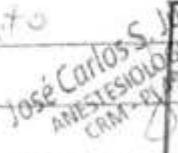
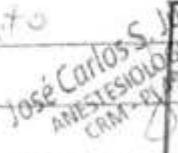
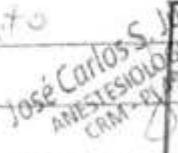
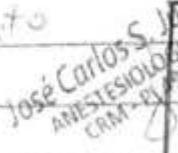
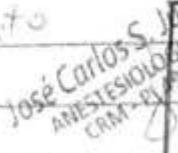
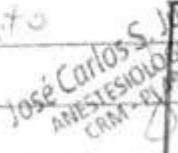
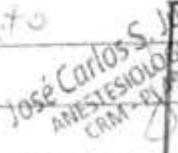
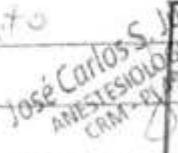
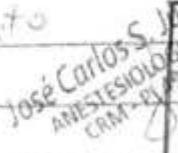
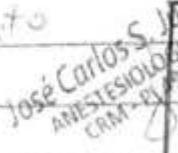
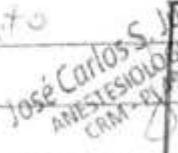
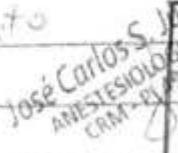
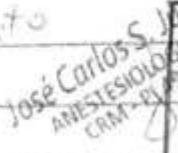
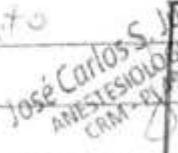
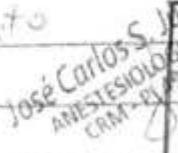
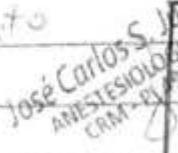
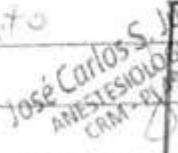
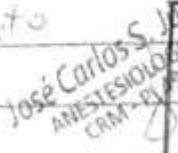
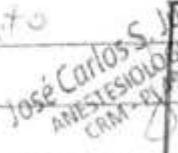
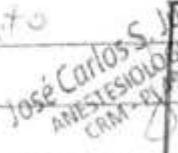
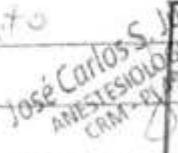
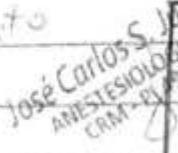
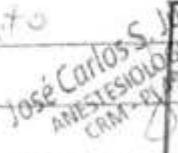
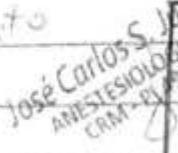
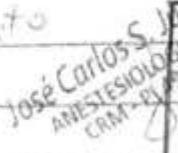
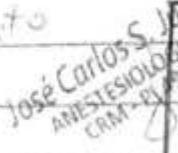
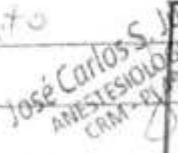
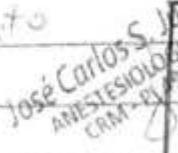
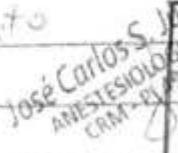
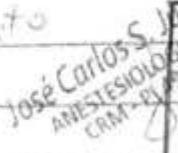
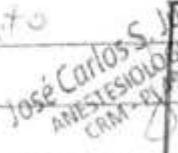
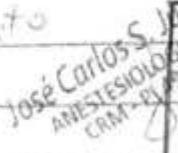
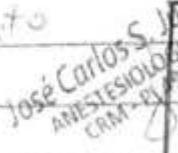
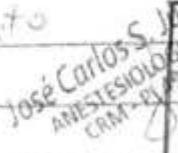
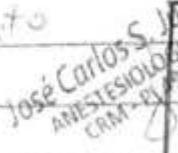
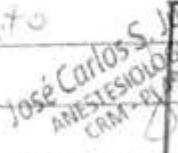
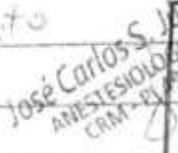
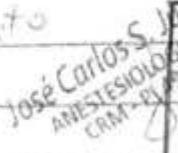
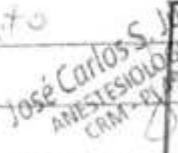
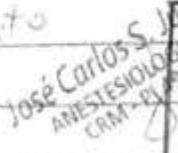
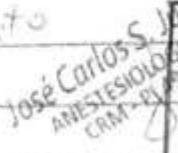
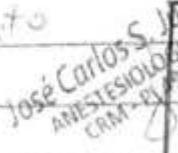
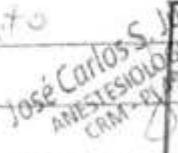
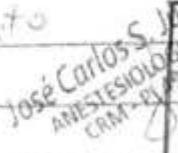
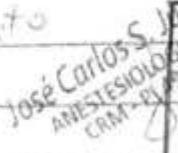
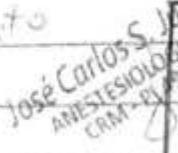


SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - PE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
SANTA CASA



Pernambuco
Secretaria de Saúde

FOLHA DE ANESTESIA

| | | | | |
|---|---|---|--------------------------|--------------|
| Nome: <u>Antônio Mariano Antônio</u> | | Idade: <u>29</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: |
| Hospital: | Enfermaria: | Lito: | Nº Prontuário: | <u>17308</u> |
| Data: <u>23/03/19</u> | P脉搏: <u>83</u> | Respiração: <u>18</u> | Temperatura: <u>36,5</u> | Altura: |
| Tip Sangüíneo: <u>Hemácias</u> | Hemoglobina: <u>13,5</u> | Hematocrito: <u>40,5</u> | Glicemia: <u>100</u> | Ureia: |
| Urina: | | | | |
| Ap. Respiratório: | <u>OK</u> | | | |
| Ap. Circulatório: | <u>OK</u> | | | |
| Ap. Digestivo: | <u>OK</u> | | | |
| Estado Mental: | <u>LOTE</u> | | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: | | | | |
| Diagnóstico Pos-Operatório: | | | | |
| Mudança Pre-Anestésica: | <u>(+) 40%</u> | | | |
| ANESTÉSICO: | <u>O2</u> | | | |
| ANESTÉSICO NOS: | <u>Soluçao 337-1407</u> | | | |
| LÍQUIDOS: |  | | | |
| COUDIO V.P/ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - RESPIRAÇÃO |  | | | |
| SÍMBOLOS ANOTAÇÕES | <p align="center">(1) Monitorização + desenho de 1 da questão (2) Respiratória (3) Sedativa</p> | | | |
| Pressão: | <u>120/80 mmHg</u> | | | |
| Agentes: | <u>Inhalatório Gaseoso 15% isoflurano 2% isopropanal</u> | | | |
| Técnica: | <u>Regru. contínua + Sedativa</u> | | | |
| Operação: | <u>Osteorintese da Tornozelo Direito</u> | | | |
| Cirurgião: | <u>Dra Adelma e Dr. Elton</u> | | | |
| Anestesiista: | <u>Dr. José Costa</u> | | | |
| Observações: | <u>pct ASA II, HAS, naps alongadas, pfm > 8 h</u> | | | |
| Anotar no verso as complicações Operatórias e Pos-Operatórias | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ANESTESIA SEGUINADORA </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <u>18 MAR 2019</u> </div> | | |
| | | <div | | |

Relatório Médico de Alta

Nome: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Reg.: 19161 Pront.: 17228

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 07/08/1990

Conv.: SUS

Idade: 27

Admissão: 03/12/2018 12:47

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRASECRETADE DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
II SECRETARIA PERNAMBUCANA DE SAÚDE - SEPS

Alta: 03/12/2018 15:35

Admissão:

FRAT DE PILÃO TIBIAL ANTIGA

Evolução / Conduta:

OPERADO POR DR ADELMO LAGE

Diagnóstico:

Principal S82.3 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

Internação:

| Unidade | Admissão | Alta/Transferência | Tempo |
|--------------------|------------------|--------------------|-----------|
| TRAUMATO-ORTOPEDIA | 03/12/2018 12:47 | 03/12/2018 15:35 | 3 hora(s) |

Orientação:

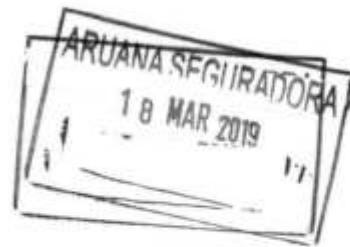
REVISÃO NO AME

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. ADELMO LAGE TEOT: 6668

CRM: 20469





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**, foi atendido (a) neste serviço no dia 04/12/2018 CID: S823.

ESCOLHA UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES

() Necessitado de 180 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

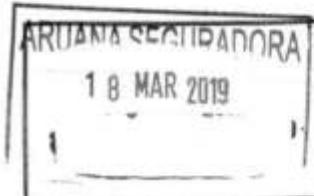
() Estando apto para voltar ao trabalho.

() Como acompanhante

() Outros: _____

OURICURI, 4 de Dezembro de 2018

Dr. ADELMO LAGE TEOT: 6668
CRM: 20469





**Secretaria Municipal de Saúde
receituário**

Nome do Paciente: Antônio Moniz S. de Oliveira

Nº HRF Blonk pedeue

Pct vítima cedente de ress. cl
trauma em foz do I.

Solução ouvidos por meio
de raios X

fatura



Granito - PE 19/11/2018.





SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 20/11/2018 10:48 N. Tratamento: 3

Nome: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Pront.: 17228

End.: RUA DO SOSSEGO, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8791117821

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 07/08/1990 Idade: 28

Mãe: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO CR- ORTOPEDISTA - Verde

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC) COM QUEIXA DE DOR E EDÉMA EM TORNOZELO DIREITO.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Edema

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 4

DOR 4

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO
DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIR
EDEMA ++/4+



Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância
Ambulância: Saída Chegada

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - 14 GERES

Data: 20/11/2018 10:48 N. Tratamento: *

Nome: **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA** Pront: **17228**

End.: RUA DO SOSSEGO, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8791117821

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 07/08/1990 Idade: 28

Mãe: LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA Responsável:

FRATURA DA TÍBIA DISTAL D
SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:
RX

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

ORIENTAÇÃO E TALA BOTA

O PACIENTE NÃO QUIS SER INTERNADO

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

RESIDÊNCIA INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: *20/11/18*

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO
Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553

Dr. VALMIR LACERDA FILHO
CRM: 14553





O paciente Antônio Marcos Brito de Oliveira, foi vítima de acidente de trânsito no dia 20 de Novembro de 2018, tendo sofrido fratura da extremidade distal da tibia a direita e sendo submetido a tratamento cirúrgico. O paciente é portador de sequelas permanentes e definida no membro afetado, apresentando limitação de movimento, déficit de força e edema em tornozelo direito, além de atrofia muscular e marcha claudicante. Estima-se perda funcional grave (70%) do tornozelo direito. O paciente teve alta clínica após ter realizado 20 sessões de fisioterapia. Oriento avaliação pericial para confirmação das sequelas.

CID - S823

04/06/2019

Dr. Bruno Coelho
Fisioterapeuta
CRF/DF 100170-F

ARUANA SECUNDADORA
28 JUN 2019



67 3874-3433

67 99958-9997

drbrunocoelho@hotmail.com.br

Rua Teobaldo Góes Torre, 1231,
Centro, Quiricá-DF, CEP 56200-000

FILE NUMBER

Antonio Marcos de Oliveira
10102000 13/14/08
K-RP 8





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônio Marcos Brito de Oliveira

DATA DO ACIDENTE 20/03/2018 CPF DA VÍTIMA 303.983.754-26

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINS

| | | |
|---|---------------------------------|----------------------|
| Nº <u>100</u> | COMPLEMENTO <u>OURICURI</u> | BAIRRO <u>CENTRO</u> |
| CIDADE <u>PE</u> | UF <u>CEP</u> <u>562000-000</u> | |
| E-MAIL <u>sergiofasamapio@hotmail.com</u> | TELEFONE <u>(87) 9980-5451</u> | <u>99998-3698</u> |

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI., DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI. (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

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 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
- FNOTAS 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, TAIIS COMO COPIA 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> - MORTE = R\$ 13.500,00 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIARÁ 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 VARIARÁ CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
| <ul style="list-style-type: none"> • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONSIDERANDO 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.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

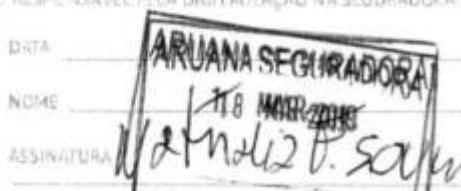
IDENTIDADE 4.407.038 SSP/PE

ASSINATURA 

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NAME _____

ASSINATURA 

ARUANA SEGURADORA

118 MAR 2018

27 NOV 2018 P. Sampaio

C.F.C DE VEIC. AUTOM. BOODCO LTDA - ME
RUA ALBERTO VIEIRA E SILVA, 233

01/10/2018 a 31/10/2018

GERAL

Declaração de Pagamento de Salário

08.386.522/0001-85

Nome do Trabalhador

000014 SEREIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

CPF Imp. Sindicato Débito Sabor Sindicato N.

DIRETOR GERAL

| | Salário Base | Pessoal | Contribuição | Descontos |
|-----|------------------|---------|--------------|-----------|
| 001 | Salário Base | 220,00 | 1.718,64 | |
| 460 | Vale Alimentação | | 66,00 | |
| 903 | INSS Folha | | | 103,46 |



| Férias Vencidas | Total das Férias | Total das Férias Lidas |
|-----------------|------------------|------------------------|
| | 1.318,64 | 1.318,64 |
| | 1.718,64 | 1.718,64 |
| | 103,49 | 103,49 |
| | | 1.279,15 |
| | | 1.025,56 |
| | | 0,00 |

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

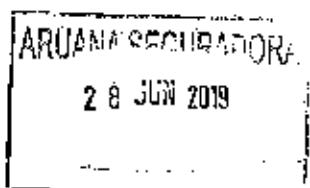
ASSINATURA DO PRINCIPAL

DATA

Eu Antônio Marcos Brito de Oliveira
Venho pedir a Reparadora Lider
uma reavaliação do meu processo
afim de poder fazer minha defesa
médica e poder compreender minhas
acusações.

Me senti prejudicado com o valor
que recebi seu jázer perda

Obrigado



31901 304741

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do tornozelo direito associado a edema residual.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do tornozelo direito.
Não realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Tornozelo direito, recebe agora indenização complementar.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau intenso - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do tornozelo direito associado a edema residual.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do tornozelo direito.
Não realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 50% do Tornozelo direito, recebe agora indenização complementar.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau intenso - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190204741 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSINTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

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 |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antônio Marcos Brito de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 8584.762 CPF: 101.981.754-26
Endereço: Rua do Soneto 29

Data acima é 20/11/2018 cobertura invalidade

OUTORGADO:

Nome: SÉRGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil CASADO
Profissão: DIRETOR GERAL
Identidade: 404 7038 CPF: 007.662.344-01
Endereço: EVCLIDES BEZERRA LINS N° 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Ouricuri 27/12/2018



Antônio Marcos Brito de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3880-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA, Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELICMAR CARDOSO BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.SJP09201801.01711 27/12/2018 12:22:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIÃO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091523/19

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

CPF: 101.981.754-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA : 101.981.754-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/03/2019
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091523/19

Número do Sinistro: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

CPF: 101.981.754-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/06/2019

Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Data do cadastramento: 28/06/2019

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

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002130

Conta: 00000057032-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204741

Vítima: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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

Número do Sinistro: 3190204741

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DO SOSSEGO, 29 - Granito/PE - CEP 56160-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8584762 - SDSPE - 17/04/2008

Data e Local do Acidente : 20/11/2018 - GRANITO - PE

Data e Local do Exame : 12/07/2019 RUA MANOEL CASSIMIRO, 34b - JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63024-550

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

RELTÀ DOR EM TORNOZELO DIREITO AO DEMABULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS, AO TENTAR CORRER, AO TENTAR AGACHAR-SE E AO TENTAR SUBIR E DESCER DEGRAUS.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTE OSSÍNTESE COM PARAFUSOS FIXADORES. NÃO FOI REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA EDEMA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO DIREITO DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

TORNOZELO DIREITO

VII. Segundo 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



RENNAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASI: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | | |
| | 303.983.754-26 | Antonio Marcos Brito de Oliveira | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: Antonio Marcos Brito de Oliveira | | CPF: 303.983.754-26 | | |
| Profissão: Agricultor | Endereço: Rua do Soninho | Número: 29 | Complemento: | |
| Bairro: Centro | Cidade: Granito | Estado: PE | CEP: 56.160-000 | Tel.(DDD): 181) 3999-98-3998 |
| E-mail: | | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **2130**

CONTA: **057 032-4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Ouvensi 08/02/2019**

Nome: _____

CPF: _____

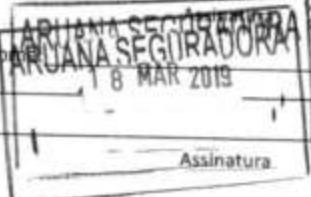
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Bandeira do
Estado



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC
DINTER2/24ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0299000312

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2018** às **18:43**

Complementa o BO Número: **18E0299000295**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/11/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, AV TANCREDO NEVES** - Bairro: **CENTRO** -
GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NETINHO DE CHICO DA MATA (AUTOR \ AGENTE)
TIAGO DE BRITO LEITE (OUTRO)
MORÉ MOTO (TESTEMUNHA)
ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

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

ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZINETE GREGORIO BRITO DE OLIVEIRA** Pai: **CÍCERO PEDRO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1990** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8584762/SSP/PE (RG), 10198175426 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991125207**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 69, RUA DO SOSSEGO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NETINHO DE CHICO DA MATA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA DA UNIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

TIAGO DE BRITO LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08719162405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MILITAR** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, SITIO AREAL - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MORÉ MOTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MECANICO** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, AV TANCREDO NEVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**

GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ACIDENTE COM MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TIAGO DE BRITO LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PNF1240** (CEARA/CRATO) Renavam: **107310297** Chassi: **9C2KD0810FR479988**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTO QUE SOFREU O ACIDENTE PERTENCE AO SR, TIAGO DE BRITO LEITE**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ETA DEPOL DE GRANITO, HOJE DIA 26/11/18, COMUNICANDO QUE NO DIA 19/11/2018, POR VOLTA DAS 09:00 HORAS, VINHA DO POSTO DE GASOLINA E AO ENTRAR NA CIDADE EM FRENTE A OFICINA MECÂNICA DE MORÉ MOTO, SE DEPAROU COM UM MOTOQUEIRO QUE SAIU DA DEVIDA OFICINA EM DISPARDA SEM OBSERVAR QUE A VÍTIMA VINHA SE APROXIMANDO, QUE TENTOU LIVRAR DE BATER NA MOTO DE NETINHO, MAS NÃO CONSEGUIU DEVIDO TER SIDO MUITO DE CIMA, QUE SE CHOCOU E CAIU SOBRE O CALÇAMENTO QUEBRANDO O TORNOZELO DIREITO, QUE O NETINHO NÃO SENTIU NADA, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. ROGÉRIO MACEDO CRM PE- 24880 E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO DE PLANTÃO DR. VALMIR LACERDA FILHO, CRM 14553, QUE FICOU CONSTADO QUE A VÍTIMA FRATUROU O TORNOZELO DO PÉ DIREITO E FOI LIBERADO PARA RETORNAR NO PRÓXIMO DIA 03/12/2018 PARA AFETUAR A CIRURGIA, CONFORME A SOLICITAÇÃO EM ANEXO. QUE DIANTE O EXPOSTO VEI FAZER CIENTE A AUTORIDADE COMPATENTE. NESTA DATA, 19 DE DEZEMBRO DE 2018, COMPLEMENTE ESTE BOE, INFORMANDO QUE A DATA DO FATO FOI DIA 20/11/2018, CONTRÁRIO A DATA ANTERIOR AO BOE 295, PORTANTO VOLTO A REPETIR QUE A DATA DO ACIDENTE COM VÍTIMA LESIONADA FOI DIA 20/11/18.

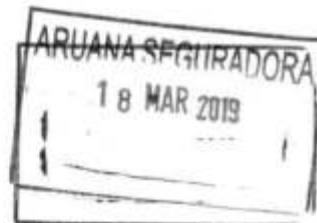
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA
(VITIMA)**

Antonio marcos Brito de Oliveira

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**

Avelino Fernandes



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | | | |
|---|---------------------------------|---|-------------------------------|--|
| Nº do sinistro ou ASI: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: Antônio Marcos Brito de Oliveira | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: Antônio Marcos Brito de Oliveira | Profissão: Agricultor | Endereço: Rua do Sonsego | CPF: 303.983.754-26 | Número: 29 Complemento: |
| Bairro: Centro | Cidade: Granito | Estado: PE | CEP: 56.160-000 | Tel. (DDD): (87) 99998-3998 |
| E-mail: | | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **2130**

CONTA: **057032-4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

Local e Data: **Ouvensi 08/02/2019**

Nome: _____

CPF: _____

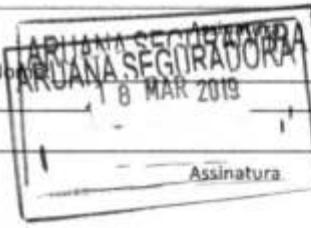
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL DE PEQUENO PORTO DE GRANITO - H.P.P
MARIA SENHORINHA DE SOUZA
Av. José Saraiva S/N - Granito - PE
Fone: (87) 3880-1107

| | | | | | | |
|---------------|--------------------------------|-------|--------|---------|---------|-----------|
| Data: | 20/11/18 | Hora: | P.S.F: | | | |
| Name: | Antônio Alencar R. de Oliveira | | | Sexo | Idade | DN |
| Filiado: | | | | U/M | 28 | 07/08/90 |
| Endereço: | Rua do Sossego | | | Cidade: | Granito | Telefone: |
| Profissional: | | | | | | |
| Responsável: | | | | | | |

EXAME CLÍNICO

| | | | |
|---|--------|-------|---|
| PA: | Temp.: | Peso: | Conduta (continuação) |
| 130x90 | | | Quotidiano 1 Amp Em 08/51 Rx diclofenacina 1mg 1407 F M Dr. Rogério Macedo Médico CRMPE 2453 |
| P.t vítima de queda no solo c/ trauma em MBD + toracor d), cl dor + edema local | | | |
| Exame Físico S/ febre fadiga dor dor + edema toracor d) | | | |
| Hipótese diagnóstica: trauma torácico | | | |
| Conduta: Rx diclofenacina RXFB p/ RX X+ Andava no pedinte | | | ARUANA SEGURADORA 18 MAR 2019 |
| <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internam <input type="checkbox"/> Transferência: <input type="checkbox"/> Óbitos: | | | Dr. Rogério Macedo CRMPE 2453 Médico CRM |
| Assinatura: | | | |

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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 00000057032-4

Nr. da Autenticação 3F1586AC07A7C323

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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS BRITO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 00000057032-4

Nr. da Autenticação F1D4FE413CC59A0B

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83**



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

| | | | |
|--|-----------------------|---|----------------|
| DADOS DO CLIENTE | DATA DE VENCIMENTO | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL | CONTA CONTRATO |
| FRANCISCO PEDRO DE OLIVEIRA | 12/12/2018 | 16/11/2018 | 002818803012 |
| CPF: 023.710.194-70 | TOTAL A PAGAR (R\$) | DATA DA APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE |
| | 0,00 | 16/11/2018 | 2001583417 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA | NÚMERO DA NOTA FISCAL | Nº DA INSTALAÇÃO | |
| RUA DO SOSSEGO 29 | 039350983 | 0001257757 | |
| CENTRO/GRANITO | CLASSIFICAÇÃO | B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL | |
| 56160-000 GRANITO PE | | Monofásico | |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | RESERVADO AO FISCO | E9B8.B3B4.4511.D4F4.3CE1.C45D.D78A.C33E | |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Tarifas Aplicadas | | HISTÓRICO DO CONSUMO | |
|-----------------------|------------|----------------------|--------|
| Consumo Ativo(kWh) | 3,52156800 | | kWh |
| Geração de Energia | 36,42 | 32,41 | NOV 18 |
| Transmissão | 3,75 | 4,80 | OUT 18 |
| Distribuição (Celpar) | 17,55 | 21,57 | SET 18 |
| Encargos Saturáveis | 4,52 | 3,54 | AGO 18 |
| Impostos | 23,70 | 29,16 | JUL 18 |
| Perdas de Energia | 5,82 | 6,77 | JUN 18 |
| TOTAL | 81,54 | 98 | MAI 18 |
| | | | ABR 18 |
| | | | MAR 18 |
| | | | FEV 18 |
| | | | JAN 18 |
| | | | DEZ 17 |
| | | | NOV 17 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|-------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|--------|----------------|
| NÚMERO DO MÉTODOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| NF44498 | CAT | 17/10/2018 | 18.194,00 | 18/11/2018 | 18.299,00 | 30 | 1.00000 | 0,69 | 105,00 |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | | | |
|---|----------|---------------|--------------------|------------|------------|--|--|--|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL | | | |
| 30/06/2018 | | | | | | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | EXU | 0,00 | 5,87 | 13,74 | 27,48 | | | |
| FIC-No.de vezes sem Energia | | 0,00 | 3,42 | 4,85 | 13,70 | | | |
| DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua | | 0,00 | 3,87 | 6,00 | 0,00 | | | |
| DICR-Duração de Interrupção em dia crítico | | | Limite DICR: 12,22 | | | | | |
| EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 28,90 | | | | | | | | |
| Todo Consumidor pode solicitar à operadora das indicações (DIC, FIC, DMIC e DICR) a qualquer tempo. | | | | | | | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você mercadinho alexandrine: praca da matriz 12 centro / mercadinho alves: pc da matriz 12 centroLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

| NÍVEIS DE TENSÃO | | |
|-----------------------|-----------------------|--------|
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 202 | 231 |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | |

DENTAL UNIT ADVISOR

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--|
| 002818803012 | 11/2018 | 0,00 | 12/12/2018 | <u>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</u> <small>Este recibo não tem valor legal.</small> |

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

ARCANA SECTA RABORARA
18 MAR 2010



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - NUM. 00696 - CENTR
O OURICURI PE 56200-000

| DADOS DO CLIENTE | | MATRÍCULA: 16780510 Out/2018 | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| JOSE FERREIRA CAVALCANTI | R. EUCLIDES BEZERRA LINS, COMPESA 00100 | CENTRO OURICURI PE | |
| 56200-000 | INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160-000 | GRUPO: 11 DEB AUTOMATICO: | 016780510 |
| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL / COMERCIAL / INDUSTRIAL | QUANTIDADE DE ECONOMIAS PÚBLICA |
| HIDRÔMETRO Y07N228553 | DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2018 | DATA LEIT. ATUAL 06/11/2018 | TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL |

AQUA:
LEIT ANT: 395 CONSUMO:2
LEIT ATU: 397
LEIT FAT: 397

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018 02
08/2018 02
07/2018 02
06/2018 02
05/2018 02
04/2018 02
MEDIA: 02

| PARAMETROS | NUMERO DE AMOSTRAS | | |
|-----------------------|--------------------|-------|----------|
| | EXIG. | PORT. | ANALISES |
| TURBIDEZ | 54 | 54 | 48 |
| COR APARENTE | 54 | 54 | 51 |
| CLORO RESIDUAL | 54 | 54 | 54 |
| COLIF. TOTAIS E. (ML) | 54 | 54 | 54 |

MEDIA: 02 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
085.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

2 H3 41,30

| DEBITOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL (%) | VALOR DE R\$0,00-0,10 |
|----------|-----------------|----------------|-----------------------|
| ME COPRE | 41,30 | 1,65 | 0,68 |
| | 41,30 | 7,60 | 3,14 |

VENCIMENTO: 20/11/2018 TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

ARUANA SECURADORA
18 MAR 2019