

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 DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF/CNPJ 012295807 / 83 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDMILSON DA SILVA DIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 670878334 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDMILSON DA SILVA DIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 670878334 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: 1.000,00 e apresento os documentos comprobatórios: CMH

☒ Recuso informar

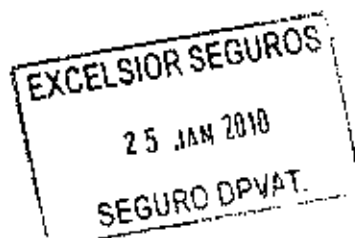
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA FIDELIS BATISTA ABUIAR		45	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MORRO DA CONCEIÇÃO	RECIFE	PE	52280-365
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
DJEVAN SOARES@GMAIL.COM			9198515-6371

RECIFE 24 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Djevan Soares do Nascimento
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradornilider.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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.295.804 / 83 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDMILSON DA SILVA DIAS inscrito (a) no CPF sob o nº 670.878.334 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima EDMILSON DA SILVA DIAS, inscrito (a) no CPF sob o nº 670.878.334 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

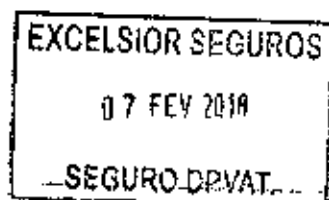
Endereço		Número	Complemento
RUA FIDELIS BATISTA ALVIM		45	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MOURO DA CONCEIÇÃO	RECIFE	PE	52280-365
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
DJEVAN SOARES@Gmail.com			9148515-6371

RECIFE, 07 de fevereiro de 2018

Local e Data

Djevan Soares do Nascimento

Assinatura do Declarante





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Documentação médica - 1



ATENDIMENTO: 888542/2017.

NOME: EDMILSON DA SILVA DIAS.

Foi atendido às 19h24 do dia 03.11.2017.

Diagnóstico provável: T.C.E. GRAVE + CONTUSÃO
CEFE BNAE + HSDA + D.L.M. + HSA LATAM
HEMATOMA SUBARACNOIDEA DIREITA.
(QUEDA DE CADINHO EM MOVIMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO - HSDA +
DLH + CONTUSÃO.
HEMOGRAMA + BIODINÂMICA.
TAC COLUNA CERVICAL.
Cirurgia - CRANIOTOMIA ESQUERDA
DESCOMPRESSIVA EM 08.11.17
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA - SUPORTE

Obs. ALTA HOSPITALAR CLÍNICA
EM 29.11.17 ÀS 21:00

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatísticos

Cópia de Prontuário Médico em 18.12.2017.

EXCELSIOR SECOR

25 JAN 2018

SEGURO PRIVAT

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

MÉDICO - CRM No. 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1610399

Nome: Edmilson do Silva Dias

Foi atendido às 19:24 hs. do dia 03, 11, 2017

Diagnóstico Provável: vítima de queda de
automóvel em movimento
TCE grave (contusão cerebral +
HSA lombar + HSDA lombar)
PO de hemicotomia desconhecimento
a esquerda
B.24

Tratamento Realizado: craniectomia desconhecimento
+ suporte de UOT.
Paciente encontra-se em ventilação
mecânica controlada, na UOT B, leito
46 deste serviço, sem chances de
alta.

Observação:

Cópia de:

Recife 13 de novembro de 2017

Dra. Mariana Pinheiro
Pneumologia/Broncoscopia

CREMEPE 14779

Médico - CRM Nº

EXCELSIOR SEGUROS

25 JAN 2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

Edmilson da Silva
Dias

laudo médico

- HA: SOB + HGO
- Início: Novembro 2017
- Paciente submetido
a procedimento cirúrgico
com a neurocirurgia. No momento, paciente
está em recuperação com sequelas
neurovasculares

Data:

14/12/17

Ass. Carimbo/Médico

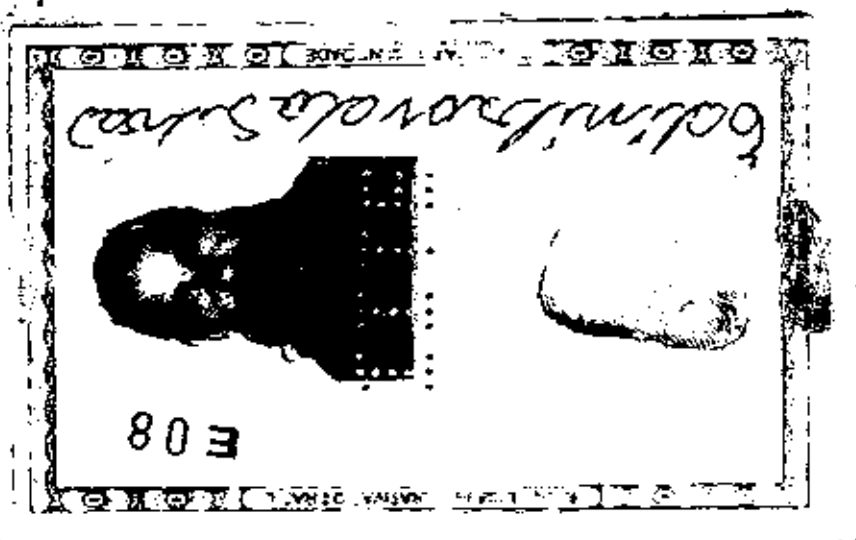
CREMEPE

COD. 0340

EXCELSIOR SEGUROS

25 JAN 2018

SEGURO DPVAT.



Documentos de identifica



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
4.408.755	01/11/2014
<< EDMILSON DA SILVA DIAS >>	
<< EUCLIDES LAURIANO DIAS >>	
<< MARIA DO CARMO DA SILVA DIAS >>	
RECIFE - PE	28/12/1967
<< CN.17433 LA102 F.168 CART.SÃO LOURENÇO DA MATA PE 23.05.1985 >>	
670.878.334-72	
APROVADO EM 17/11/2014	

EXCELSIOR SEGUROS
25 JAN 2018
SEGURO PRIVAT.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Edmilson da Silva Dias
DATA DO ACIDENTE 03-11-12 CPF DA VITIMA 620.828.334-72
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS
- (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE DESPESAS MÉDICAS E DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (TREMBOCOSTO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODODOTRABALHO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/01/2018

IDENTIDADE _____

ASSINATURA [Assinatura]

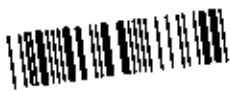
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24-01-18

NOME Raimundo

ASSINATURA _____

Outros



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180052267

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDMILSON DA SILVA DIAS

Data do acidente: 03/11/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180052267

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDMILSON DA SILVA DIAS

Data do acidente: 03/11/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico grave com contusão cerebral, hematoma subdural agudo e hemorragia subaracnoidea.

Descrição do exame médico pericial: Vítima apresenta afundamento de crânio à esquerda, distúrbio de comportamento, respostas desconexas a questionamentos simples, perda cognitiva.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a craniectomia esquerda descompressiva e suporte clínico em UTI.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Procuração

OUTORGANTE :

NOME : EDMILSON DA SILVA DIAS
NACIONALIDADE : BRASILEIRO
ESTADO CIVIL : CASADO
PROFISSÃO : SERVENTE DE OBRAS
Nº DO RG: 4.408.755 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE DATA DE EMISSÃO 01/11/2014
Nº CPF : 670.878.334-72
ENDEREÇO : RUA ARMANDO SORIANO 43 PRADO RECIFE/PE

OUTORGADA :

NOME : DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE : BRASILEIRA
ESTADO CIVIL : CASADO
PROFISSÃO : BACHAREL EM DIREITO
Nº DO RG: 210762528961 ORGÃO EMISSOR: MEX/PE DATA DE EMISSÃO : 04/12/2012
Nº CPF : 042.285.804.83
ENDEREÇO : RUA FIDELIS BATISTA AGUIAR, 45, MORRO DA CONCEIÇÃO, RECIFE, PE

PODERES :

Para requerer o seguro DPVAT , a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT , podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

RECIFE , 17 de janeiro de 2018.



Edmilson da Silva Dias

Assinatura

CARTÓRIO 17º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - POÇO DA PANELA - RECIFE - PE
Rua Lourinda Coelho, 112 - Casa Forte - Recife-PE - CEP: 52080-340
Fones: (81) 3441-0287 - (81) 35493-0297 - (81) 3877-4203 - E-mail: cartorio17@tjpe.jus.br

Reconheço por autenticidade (dot s/vr e con) a firma indicada

EDMILSON DA SILVA DIAS

a qual confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
Recife-PE, 17 de janeiro de 2018. Escrivão da verdade.

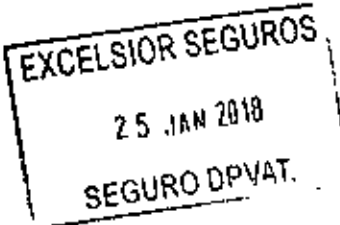
Sandra de Souza Barbosa Sandra de Souza Barbosa ()

Escr.: R\$ 3,99 TSMR: R\$ 0,80 Total: R\$ 4,79

Válido somente com o selo 0074369.91801201801.01335

www.tjpe.jus.br/selodigital

Válido somente com o selo de autenticidade



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **EDMILSON DA SILVA DIAS** Sinistro: **3180052267** Data: **03/11/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Armando Soriano, 43, CASA B - Prado - Recife - PE - CEP 50630-470**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **4408755**

Data local do exame: [**05/03/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Traumatismo crânio encefálico grave com contusão cerebral, hematoma subdural agudo e hemorragia subaracnoidea. Vítima apresenta afundamento de crânio à esquerda, distúrbio de comportamento, respostas desconexas a questionamentos simples, perda cognitiva.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a craniectomia esquerda descompressiva e suporte clínico em UTI.

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

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

Dano neurológico

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Ana Maria Barros Falcao
CRM: 226.999.814/12
CRM: 8978-PE

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: EDMILSON DA SILVA DIAS

Nº Sinistro: 3180052267

Vitima: EDMILSON DA SILVA DIAS

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180052267**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12318192



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EDMILSON DA SILVA DIAS

Sinistro: 3180052267
Vítima: EDMILSON DA SILVA DIAS
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180052267** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12504276

A/C: EDMILSON DA SILVA DIAS

Nº Sinistro: 3180052267
Vítima: EDMILSON DA SILVA DIAS
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDMILSON DA SILVA DIAS

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 341

Agência: 000008323

Conta: 0000014932-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 670.878.334-72	Nome completo da vítima EDMILSON DA SILVA DIAS
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDMILSON DA SILVA DIAS		CPF titular da conta 670.878.334-72	Profissão SERV. OBRAS
Endereço ARMANDO SORIANO	CASA B	Número 43	Complemento CS B
Bairro PRADO	Cidade RECIFE	Estado PE	CEP 50630-470
Email			Telefone (DDD) 81 98515-6371

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome ITAU	NRO 341
AGÊNCIA NRO. 4323	DV
CONTA NRO. 14932	DV 1
(Informar dígito se existir)	

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

EXCELSIOR SEGUROS
25 JAN 2018
SEGURO DPVAT

RECIFE de **09** de **JANEIRO** de **2018**
Local e Data

Edmilson da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Banco Itaú S/A

PROTOCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO
BANCO 341 CTR 000001 22/01/2018 14.03.35

AGENCIA: 8323 CONTA CORRENTE: 14932-1
R\$ 200,00

EDMILSON DIAS

CAIXA ELETRONICO 72376/1594-AMARELA

DEPOSITOS REALIZADOS APOS O HORARIO DE
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PROXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENCA NO ENVELOPE, SERA LANÇADO
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO
E PERMANECERA POR 60 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI
DEPOSITADO, PARA COMPROVACAO. NESTES CASOS,
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.

EXCELSIOR SEGUROS
25 JAN 2018
SEGURO PRIVAT



Boletim de ocorrência



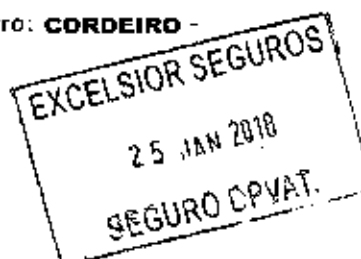
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0096006832Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2017** às **16:50****OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **3/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 2200** - Bairro: **CORDEIRO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **PARQUE DE EXPOSICAO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
MARILANS DA SILVA DIAS DE SOUZA (NOTICIANTE)
EDMILSON DA SILVA DIAS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**

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

MARILANS DA SILVA DIAS DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA DIAS** Pai: **EUCLIDES LAUREANO DIAS** Data de Nascimento: **4/4/1978** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5886840/SDS/PE (RG), 03641519438 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **DESEMPREGADO(A)** Telefones Celulares: **- 984421369**

Endereço Residencial: **RUA ARMANDO SORIANO, 43 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRADO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

EDMILSON DA SILVA DIAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA DIAS** Pai: **EUCLIDES LAURIANO DIAS** Data de Nascimento: **28/12/1967** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4408755/SDS/PE (RG), 67087833472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Endereço Residencial: **RUA ARMANDO SORIANO, 43 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRADO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO NÃO IDENTIFICADO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

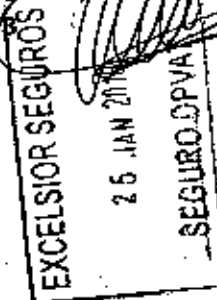
Complemento / Observação

INFORMOU A NOTICIANTE QUE A VÍTIMA QUE É SEU IRMÃO ENCONTRAVA-SE TRABALHANDO NA SOCIEDADE NORDESTINA DOS CRIADORES, LOCALIZADO NAS DEPENDÊNCIAS DO PARQUE DE EXPOSIÇÃO DE ANIMAIS DO CORDEIRO, QUANDO NO DIA 04/11/2017 RECEBEU UM TELEFONEMA DE UM AMIGO DA VÍTIMA INFORMANDO QUE O MESMO TINHA SOFRIDO UMA QUEDA DE CIMA DE UM CAMINHÃO, ONDE FOI SOCORRIDO POR COMPANHEIROS DE TRABALHO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS COM SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO. POSTERORMENTE A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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

p *Marilans da Silva Dias de Souza*
MARILANS DA SILVA DIAS DE SOUZA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JOEZ CORREIA DOS SANTOS** - Matrícula: **155765-5**



Declaração de Inexistência

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

EDMILSON DA SILVA DIAS

CPF da Vítima

670.878.334-72

Data do Acidente

03/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

81 98515-6371

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

25 JAN 2018

SEGURO DPVAT.

RECIFE 24 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Edmilson da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 161039A

Nome: Edmilson do Silva Dias

Foi atendido às 19:24 hs, do dia 03, 11, 2017

Diagnóstico Provável: Vitima de queda de
automóvel em movimento
TCE grave (contusão cerebral +
HSA lombar + HSDA lombar)
PO de craniectomia descompressiva
a esquerda
B.24

Tratamento Realizado: craniectomia descompressiva
+ suporte de UTI.
Paciente encontra-se em ventilação
mecânica regulada, na UTI B, leito
46 deste serviço sem previsão de
alta.

Observação:

EXCELSIOR SEGUROS

25 JAN 2018

SEGURO DPVAT

Cópia de: Recife 13 de novembro de 2017

Dra. Mariana M. da
Pneumologia/Broncologia
CREMEPE 14.773

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON DA SILVA DIAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08323

CONTA: 000000014932-1

Autenticação:

2348E5B87B8299B2B520804A751ACEA8FFDBC2615DC4F46A06E0DF51A3F749C



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 16.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA CD DA BOA VISTA - NUM. - 01099 - SOLEDA
DE RECIFE PE 50060-003



DADOS DO CLIENTE
MARILANS DA SILVA DIAS MATRICULA: 105696781 De 7/2017
R ARMANDO SORIANO, N. 00043 - CS - B - PRADO RECIFE PE 50830-4
70
INSCRIÇÃO: 347.407.070.0254.004 GRUPO: 10 DEB. AUTOMATICO: 105696781

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESCOTO FATIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
HIDROMETRO 145208739	DATA LEIT ANTERIOR 03/12/2017	DATA LEIT ATUAL 04/01/2018	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL	

AGUA:
LEIT-ANT: 420 CONSUMO: 13
LEIT ATU: 433
LEIT FAT: 433

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
11/2017	12	TURBIDEZ	124	124	124
10/2017	13	COR APARENTE	124	124	122
09/2017	11	COLOR RESIDUAL	124	124	124
08/2017	11	COLIF. TOTAIS	124	124	124
07/2017	11	E. COLI	124	124	124
06/2017	12				
MEIO:	12				

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

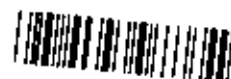
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 40,18 POR UNIDADE	10 M3	40,18
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,61 POR M3	13 M3	13,83

EXCELSIOR SEGURO
25 JAN 2018
SEGURO

Comprovante de residência



PAZ E BEM-ESTAR
E ECONOMIZE NAS LIGAÇÕES DE LONGA DISTÂNCIA



0090 - CTC RECIFE PE PL3

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO
TV FIDELIS BATISTA AGUIAR, 45
MORRO DA CONCEICAD
52280-365 RECIFE-PE

69800075



7213512820050840000007883730230115

PROX A PADARIA TROPICAL

EXCELSIOR SEGUROS

25 JAN 2018

SEGURO DPVAT.



PERNAMBUCO



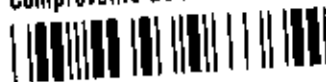
PRESENTE COMO SEMPRE
ATUAL COMO NUNCA



Destinatário:

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO
RUA FIDELIS BATISTA DE AGUIAR, 45 - MORRO DA CONCEICAO/RECIFE - MORRO DA
CONCEICAO - RECIFE/PE - CEP: 52280365

Comprovante de residencia



IMPRESSÃO DIGITAL COLOR **Sismeta** (01)3421.2803

ATENÇÃO:

