

EXIBIR EM TODAS AS SITUAÇÕES DE USO

103

RESERVA DE DIREITOS

Rafaela Maria de S. Cavalcanti




EXIBIR EM TODAS AS SITUAÇÕES DE USO

7.788.638

10/02/2014

<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>

<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>

<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>

VICÊNCIA - PE

<< 0760340155 2013 2 00016 037 >>

0004944 10 VICÊNCIA PE >>

086.005.684-90

24/12/1986

Assinado digitalmente por Rafaela Maria de S. Cavalcanti

159 30.367 - 3023

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTENCIOSO

12 JUN 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6

Gracas - Recife / PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DI VAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

REGISTRO GERAL 10.297.159 DATA DE EMISSÃO 07/01/2016

NOME << CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ CLAUDIO PEREIRA DA ROCHA >>
<< EVALDA ARRUDA DA SILVA >>

NATURALIDADE TIMEAÚBA - PE DATA DE NASCIMENTO 17/05/2001

DOC. ORIGIN << CN.59967 L.A52 F.128 CART. TIMEAÚBA-PE 11.05.2001 >>

CPF 135.611.724-40

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

416048082307160439-6686202

06R38

Claudiana Arruda da Rocha

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 135.611.724-40

Nome: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Data de Nascimento: 17/05/2001

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 04/01/2016

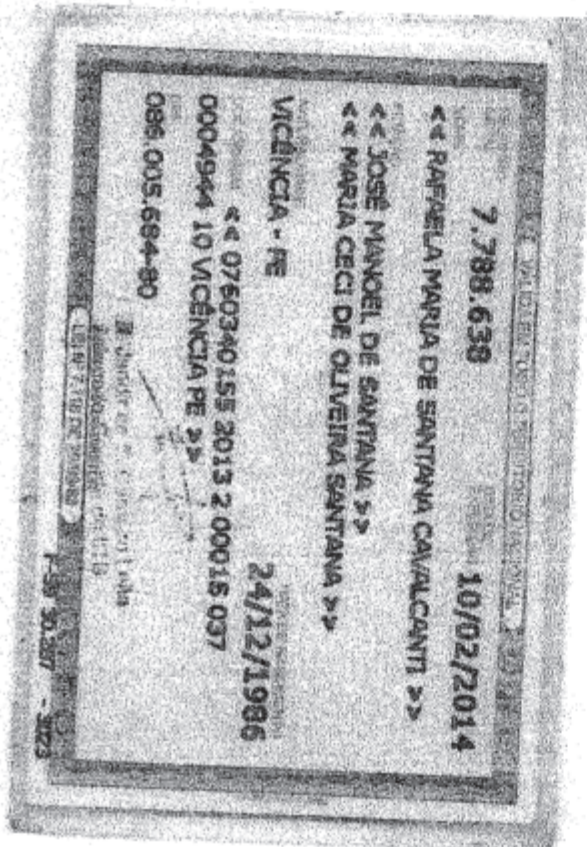
Digito Verificador: 00



Comprovante emitido às: 08:58:51 do dia 08/06/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 7795.366E.086F.D2C8





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012033879028

VIA 1 COD. RENAVAM 89383068 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME WELLINGTON ELDOMIRO DOS SANTOS

TIMBAUBA - PE

CPF / CNP 080 811 124 81 PLACA RFE6554

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 902X00507R005356

ESPECIE TIPO CAR / MOTOCICL / TAXI COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º *****

IPVA 2015 QUITADO 2º *****

FAIXA IPVA 3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FOGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA

Timbauba Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Bairro: Centro / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012033879028

VIA 1 COD. RENAVAM 89383068 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME WELLINGTON ELDOMIRO DOS SANTOS

TIMBAUBA - PE

CPF / CNP 080 811 124 81 PLACA RFE6554

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2K08507R005356

ESPECIE TIPO CAR / MOTOCICL / TAXI COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

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

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º *****

IPVA 2015 QUITADO 2º *****

FAIXA IPVA ***** 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FOGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA

Timbauba Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Bairro: Centro / PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371891 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, COM LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371891 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371891 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371891 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Não apresenta sequelas evidentes ao exame físico; deambula com auxílio de muleta.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo.
Realizou fisioterapia (10 sessões).
Recebeu alta médica em 12/03/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 10/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima com sintomas subjetivos decorrentes da fratura do tornozelo esquerdo, não apresentando base médica suficiente para indenização.

Médico examinador: LUCIANO ALVES VERAS

CRM do médico: 8505

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371891 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Não apresenta sequelas evidentes ao exame físico; deambula com auxílio de muleta.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo.
Realizou fisioterapia (10 sessões).
Recebeu alta médica em 12/03/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 10/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima com sintomas subjetivos decorrentes da fratura do tornozelo esquerdo, não apresentando base médica suficiente para indenização.

Médico examinador: LUCIANO ALVES VERAS

CRM do médico: 8505

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EVALDA ARMUDA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 7.454.155, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.917.284-96 residente na Si Rode Nº 66 Zona Rural, Timbaúba / PE.

OUTORGADO: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Timbaúba 05 de maio de 2018.

Outorgante: Evalda Armuda da Silva

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - BEL/ANTÔNIO ALVARES COUTINHO NETO - Titular
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - MARIA JOSÉ RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Substituta
Rua Wellington Ferraz Lima, 54 - Timbaúba - Pernambuco - CEP: 55.370-480 - Fone: (81) 3531-0502 - E-mail: carloriofankin@hotmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de EVALDA ARMUDA DA SILVA,
Timbaúba/PE, 08/05/2018 11:19:49, o referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 0,00 TSNR: R\$ 0,00 Total: 0,00. -RC40369-4

Maria José Rodrigues Aguiar de Lima - Substituta
Selo digital: 0150730.DPM05201801.00672
Consulta a autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital

uflima



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

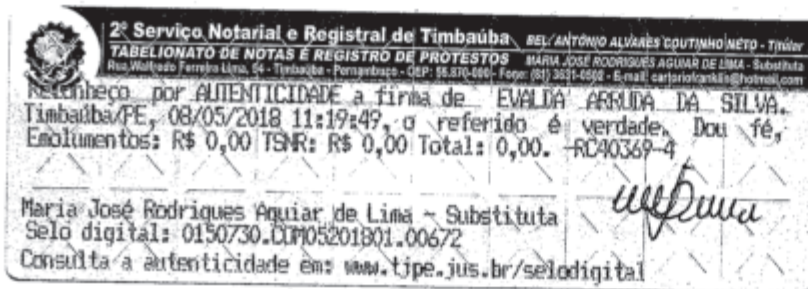
OUTORGANTE: EVALDA ARMUDA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 7.454.155, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.917.284-96 residente na Si Rode Nº 66 Zona Rural, Timbaúba / PE

OUTORGADO: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Timbaúba 05 de maio de 2018.

Outorgante: Evalda Armuda da Silva



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EVALDA ARMUDA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 7.454.155, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.917.284-96 residente na Si Rode Nº 66 Zona Rural, Timbaúba / PE.

OUTORGADO: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Timbaúba 05 de maio de 2018.

Outorgante: Evalda Armuda da Silva

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - BEL/ANTONIO ALVARES COUTINHO NETO - Titular
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - MARIA JOSÉ RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Substituta
Rua Wellington Ferreira Lima, 54 - Timbaúba - Pernambuco - CEP: 55.370-480 - Fone: (81) 3531-0502 - E-mail: carloriofankis@hotmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de EVALDA ARMUDA DA SILVA,
Timbaúba/PE, 08/05/2018 11:19:49, o referido é verdade, Dou fé,
Emolumentos: R\$ 0,00 TSNR: R\$ 0,00 Total: 0,00. -RC40369-4

Maria José Rodrigues Aguiar de Lima - Substituta
Selo digital: 0150730.D0F05201801.00672
Consulta a autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294269/18

Número do Sinistro: 3180371891

Vítima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

CPF: 135.611.724-40

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 24/09/2018
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391009/18

Vítima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

CPF: 135.611.724-40

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/03/2018

Titular do CPF: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

CPF de: Próprio

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
DUT

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA : 135.611.724-40

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: 25/10/2018
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180371891**

Vitima: **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

Data do Acidente: **11/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371891**.

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 13229222



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA
Nº Sinistro: 3180371891
Vitima: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA
Data do Acidente: 11/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371891**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

Sinistro: **3180371891**

Vítima: **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

Data do Acidente: **11/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

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 3180371891** 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, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180371891**
Vitima: **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180371891**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **11/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Data: 09/06/2018 Hora de Brasília: 09:43

Deposito em Conta Corrente

Favorecido:

Banco : 237

Agencia: 01877 - IJERABA

Conta : 000000020993-7

Nome : CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro : 5.00

Valor em cheque : 0.00

Valor total : 5.00

Av. Bradesco : 1703 - CARPINA

Corresp. Banc.: 139 - BUENDAS VARIEDADES

NSU: 029335711768 Autenticacao: 312068

O JOSELITA DA SILVA VARIEDADES - ME
atua como Correspondente Bancario do
Banco Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

DUPLICATA BRADESCO
0800 727 9933



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	135.611.924-40	Claudiana Amada da Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Claudiana Amada da Rocha		135.611.924-40	
Endereço		Número	Complemento
St Bode		66	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Zona Rural	Timbaúba	PE	55890-000
Email		Telefone (DDD)	
		819-9543-3413	

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT, residência endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.
12 JUN 2018
Gente Seguradora SIA
Av. RA Barbosa 715 Loja 9
Recife - PE CEP 50015-040

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome: Bradesco			NRO 20993		
AGÊNCIA NRO. 1897		D/V 7		CONTA NRO. 20993	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Timbaúba 08 de Junho de 2018
Local e Data

Claudiana Amada da Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Erivalda Amada da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Data: 09/06/2018 Hora de Brasília: 09:43

Deposito em Conta Corrente

Favorecido:

Banco : 237

Agencia: 01877 - IJERABA

Conta : 000000020993-7

Nome : CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro : 5.00

Valor em cheque : 0.00

Valor total : 5.00

Av. Bradesco : 1703 - CARPINA

Corresp. Banc.: 139 - BUENDAS VARIEDADES

NSU: 029335711768 Autenticacao: 312068

O JOSELITA DA SILVA VARIEDADES - ME
atua como Correspondente Bancario do
Banco Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

DIVULGATA BRANCO
0000 727 9933



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	135.611.924-40	Claudiana Amada da Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Claudiana Amada da Rocha		135.611.924-40	
Endereço		Número	Complemento
St Bode		66	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Zona Rural	Timbaúba	PE	55.890-000
Email		Telefone (DDD)	
		81-9-9543-3413	

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT, residência endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.
12 JUN 2018
Gente Seguradora SIA
Av. RA Barbosa 715 Loja 9
Recife - PE CEP 50.000-000

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00				<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
				Bradesco			
				1897		20993 7	

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

Timbaúba 08 de Junho de 2018
Local e Data

Claudiana Amada da Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Erivalda Amada da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Data: 09/06/2018 Hora de Brasília: 09:43

Deposito em Conta Corrente

Favorecido:

Banco : 237

Agencia: 01877 - IJERABA

Conta : 000000020993-7

Nome : CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro : 5.00

Valor em cheque : 0.00

Valor total : 5.00

Av. Bradesco : 1703 - CARPINA

Corresp. Banc.: 139 - BUENDAS VARIEDADES

NSU: 029335711768 Autenticacao: 312068

O JOSELITA DA SILVA VARIEDADES - ME
atua como Correspondente Bancario do
Banco Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

DUPLICATA BRADESCO
0800 727 9933



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

135.611.924-40

Claudiana Amada da Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Claudiana Amada da Rocha</u>		CPF titular da conta <u>135.611.924-40</u>	Profissão
Endereço <u>Sl 30 de</u>		Número <u>66</u>	Complemento
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55890-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>81 9-9543-3413</u>	

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT, residência endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.
12 JUN 2018
Gente Seguradora SIA
Av. RA Barbosa 715 Loja 9
Recife - PE CEP 50015-040

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome <u>Bradesco</u> NRO.			AGÊNCIA NRO. <u>1897</u> D/V. <u>20993</u> D/V. <u>7</u>		
AGÊNCIA NRO. D/V.			CONTA NRO. D/V.		
(Informar dígito se existir)			(Informar dígito se existir)		

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

Timbaúba 08 de junho de 2018
Local e Data

Claudiana Amada da Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Erivalda Amada da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Data: 09/06/2018 Hora de Brasília: 09:43

Deposito em Conta Corrente

Favorecido:

Banco : 237

Agencia: 01877 - IJERABA

Conta : 000000020993-7

Nome : CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro : 5.00

Valor em cheque : 0.00

Valor total : 5.00

Av. Bradesco : 1703 - CARPINA

Corresp. Banc.: 139 - BUENDAS VARIEDADES

NSU: 029335711768 Autenticacao: 312068

O JOSELITA DA SILVA VARIEDADES - ME
atua como Correspondente Bancario do
Banco Bradesco S.A.

Conservar este Recibo

DIVULGATA BRANCO
0000 727 9933





07/06/2018 09:11

em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKE6554** (PERNAMBUCO/TIMBAUBA) Renavam: **89383068** Chassi: **9C2KC08507R005356**
 Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRAFEGANDO NA ZONA RURAL DESTA CIDADE PASSANDO PELO SITIO UNIÃO, QUANDO AO DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA PASSOU POR UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO. FOI SOCORRIDA PARA A UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO

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

Claudia Arruda da Rocha
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA
(VITIMA)
Edijane Arruda da Rocha
EDIJANE ARRUDA DA ROCHA RG 9661774/SDS/PE
(OUTRO)

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** Matrícula: **273166-5**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA
 5ª CIRCUNSCRIÇÃO



0208686118

449678



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0136001015**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/06/2018** às **19:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
11/3/2018 no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1, SITIO UNIAO, ZONA RURAL** - Bairro:
CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WELLINGTON VALDOMIRO DOS SANTOS (OUTRO)
EDIJANE ARRUDA DA ROCHA RG 9661774/SDS/PE (OUTRO)
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

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

CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EVALDA ARRUDA DA SILVA** Pai: **JOSE CLAUDIO PEREIRA DA ROCHA** Data de Nascimento: **17/5/2001** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1, SITIO PATOS ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

WELLINGTON VALDOMIRO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

EDIJANE ARRUDA DA ROCHA RG 9661774/SDS/PE (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EVALDA ARRUDA DA SILVA** Pai: **JOSE CLAUDIO PEREIRA DA ROCHA** Data de Nascimento: **16/8/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1, SITIO PATOS, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON VALDOMIRO DOS SANTOS**, que estava



em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKE6554** (PERNAMBUCO/TIMBAUBA) Renavam: **89383068** Chassi: **9C2KC08507R005356**
 Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRAFEGANDO NA ZONA RURAL DESTA CIDADE PASSANDO PELO SITIO UNIÃO, QUANDO AO DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA PASSOU POR UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO. FOI SOCORRIDA PARA A UPB LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO

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

Claudia Arruda da Rocha
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA
(VITIMA)
Edijane Arruda da Rocha
EDIJANE ARRUDA DA ROCHA RG 9661774/SDS/PE
(OUTRO)

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** Matrícula: **273166-5**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA
5ª CIRCUNSCRIÇÃO





07/06/2018 09:11

em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKE6554** (PERNAMBUCO/TIMBAUBA) Renavam: **89383068** Chassi: **9C2KC08507R005356**
 Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRAFEGANDO NA ZONA RURAL DESTA CIDADE PASSANDO PELO SITIO UNIÃO, QUANDO AO DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA PASSOU POR UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO. FOI SOCORRIDA PARA A UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO

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

Claudia Arruda da Rocha
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA
(VITIMA)
Edijane Arruda da Rocha
EDIJANE ARRUDA DA ROCHA RG 9661774/SDS/PE
(OUTRO)

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** Matrícula: **273166-5**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA
5ª CIRCUNSCRIÇÃO





07/06/2018 09:11

em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKE6554** (PERNAMBUCO/TIMBAUBA) Renavam: **89383068** Chassi: **9C2KC08507R005356**
 Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRAFEGANDO NA ZONA RURAL DESTA CIDADE PASSANDO PELO SITIO UNIÃO, QUANDO AO DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA PASSOU POR UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO. FOI SOCORRIDA PARA A UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO

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

Claudia Arruda da Rocha
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA
(VITIMA)
Edijane Arruda da Rocha
EDIJANE ARRUDA DA ROCHA RG 9661774/SDS/PE
(OUTRO)

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** Matrícula: **273166-5**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA
5ª CIRCUNSCRIÇÃO





07/06/2018 09:11

em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKE6554** (PERNAMBUCO/TIMBAUBA) Renavam: **89383068** Chassi: **9C2KC08507R005356**
 Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRAFEGANDO NA ZONA RURAL DESTA CIDADE PASSANDO PELO SITIO UNIÃO, QUANDO AO DESVIAR DE OUTRA MOTOCICLETA PASSOU POR UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO. FOI SOCORRIDA PARA A UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO

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

Claudia Arruda da Rocha
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA
(VITIMA)
Edijane Arruda da Rocha
EDIJANE ARRUDA DA ROCHA RG 9661774/SDS/PE
(OUTRO)

B.O. registrado por: **LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES** Matrícula: **273166-5**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA
5ª CIRCUNSCRIÇÃO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudiana Arruda da Rocha, portador da carteira de identidade nº 10.297.159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 135.611.724-40, residente e domiciliado na Si Bode N° 66 Zona Rural, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Claudiana Arruda da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timbaúba, 08 de Junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudiana Arruda da Rocha, portador da carteira de identidade nº 10.297.159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 135.611.724-40, residente e domiciliado na Si Bode Nº 66 Zona Rural, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Claudiana Arruda da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timbaúba, 08 de Junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudiana Arruda da Rocha, portador da carteira de identidade nº 10.297.159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 135.611.724-40, residente e domiciliado na Si Bode Nº 66 Zona Rural, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Claudiana Arruda da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timbaúba, 08 de Junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudiana Arruda da Rocha, portador da carteira de identidade nº 10.297.159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 135.611.724-40, residente e domiciliado na Si Bode Nº 66 Zona Rural, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Claudiana Arruda da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timbaúba, 08 de Junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudiana Arruda da Rocha, portador da carteira de identidade nº 10.297.159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 135.611.724-40, residente e domiciliado na Si Bode Nº 66 Zona Rural, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Claudiana Arruda da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timbaúba, 08 de Junho de 2018

Local e data

**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: 3180371891

Nome do(a) Examinado(a): CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO BODE, 66 - Timbaúba/PE - CEP 55870-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 10297159 - SDS/PE - 07/01/2016

Data e Local do Acidente : 11/03/2018

Data e Local do Exame : 10/10/2018 RUA DOS MARTÍRIOS, 201 - GOIANA/PE - CEP 55900-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR
FEZ FISIOTERAPIA (10 SESSÕES).
ALTA : 12/03/2018
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES

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

INSPEÇÃO SEM ALTERAÇÕES APARENTES.
DEAMBULA COM MULETA.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ Não

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

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

(X) “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 às regiões corporais acometidas.

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

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.


Dr. Luciano Alves Veras
CRM nº 8505
Médico do Trabalho

LUCIANO ALVES VERAS CRM : 8505 / UF :PE

**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: 3180371891

Nome do(a) Examinado(a): CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO BODE, 66 - Timbaúba/PE - CEP 55870-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 10297159 - SDS/PE - 07/01/2016

Data e Local do Acidente : 11/03/2018

Data e Local do Exame : 10/10/2018 RUA DOS MARTÍRIOS, 201 - GOIANA/PE - CEP 55900-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR
FEZ FISIOTERAPIA (10 SESSÕES).
ALTA : 12/03/2018
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES

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

INSPEÇÃO SEM ALTERAÇÕES APARENTES.
DEAMBULA COM MULETA.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ Não

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

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

(X) “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 às regiões corporais acometidas.

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

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.


Dr. Luciano Alves Veras
CRM nº 8505
Médico do Trabalho

LUCIANO ALVES VERAS CRM : 8505 / UF :PE

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Claudiano Arruato de Rocha

Cartão SUS: 70500985388253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: 16

Nome da mãe:

Logradouro: Rua Sítio Pato Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Atenção a Dipirona.

2- ANAMNESE:

Queda de motocicleta há 04 horas. Lesão trauma contuso na trz esquerda. Sangue na urina.

Diagnóstico: Dipirona 2g/6h.

3- SSVV: T F.C. PA: F.R: Glasgow: 15 SatO2 HGT

C.O.B. - hipotensão, taquicardia, náuseas, vômitos, dor abdominal.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: trauma contuso na trz e au

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Atorafen 5mg 1ml - 2x
2) Diclofenac 75mg 1ml - 2xDr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024S: 1 Ortopedia
2 Ao ortopedicoRosenilda Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
227335840-TEDEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
DR. RIELTO DIAS MACIEL
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA
Av. A. Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 52011-040

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Claudiano Arruato de Rocha

Cartão SUS: 70500985388253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: 16

Nome da mãe:

Logradouro: Rua Sítio Pato Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Atenção a Dipirona.

2- ANAMNESE:

Queda de motocicleta há 04 horas. Lesão trauma contuso na trz esquerda. Sangue na urina.

Diagnóstico: Dipirona 2g/200ml

3- SSVV: T F.C. PA: F.R: Glasgow: 15 SatO2 HGT

CUB: 10mls. L.cholesterol. mesmo controle CUB, qd

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Trauma contuso na trz e au

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Atorafen 5mg 1ml - in
2) Diclofenac 4mg 1ml - inDr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024S: 1 Ortopedia
2 Ao ortopedicoRosenilda Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
CN 335840-TEDEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
DR. RIELTO DIAS MACIEL
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA
Av. N. Sra. do Rosário, 715 Loja 5
CEP: 52011-040

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Claudiano Arruato de Rocha

Cartão SUS: 70500985388253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: *

Nome da mãe:

Logradouro: Rua Sítio Pato Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Timbalão UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Atenção a Dipirona.

2- ANAMNESE:

Queda de motocicleta há 04 horas. Lesão trauma contuso na trz esquerda. Sangue na urina.

Diagnóstico: Dipirona 2g/200ml

3- SSVV: T F.C. PA: F.R: Glasgow: 15 SatO2 HGT

CUB: Lúmen h. cholest. mesmo controle Cofe, q. shi

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Trauma contuso na trz e au

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ___/___/___ às ___:___h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Atorafen 5mg 1ml - in
② Diclofenac 75mg 1ml - inDr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024Rosenilda Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
EN 335840-TEDEPARTAMENTO DE RIELTO DIAS MACIEL
DR. Médico
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA
Av. A. Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 52011-040

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Claudiano Arruato de Rocha

Cartão SUS: 70500985388253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: *

Nome da mãe:

Logradouro: Rua Sítio Pato Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Atenção a Dipirona.

2- ANAMNESE:

Queda de motocicleta há 04 horas. Lesão trauma
contuso na trz esquerda. Sangue na ferida.
Anamne de trauma.

Diagn: Dipirona 2g/4h.

3- SSVV: T F.C. PA: F.R: Glasgow: 15 SatO2 HGT

C.O.B. Lúmen intestinal, massa cística c/efe, q/efe

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Trauma contuso na trz e cu

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Cetoprofeno 50mg 1ml - in
② Diclofenac 50mg 1ml - inDr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024① Ortopedia
② Ao ortopedistaRosenilda Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
CN 335840-TEDEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
DR. RIELTO DIAS MACIEL
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA
Av. A. Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 52011-040

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDIJANE ARRUDA DA ROCHA
CPF: 118.848.114-26 NIS: 23667960200

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI BODE 66

ZONA RURAL TIMBAUBA/TIMBAUBA RURAL
55870-000 TIMBAUBA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

28/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

7,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

017442393

CONTA CONTRATO

007023402984

Nº DO CLIENTE

2015032565

Nº DA INSTALAÇÃO

0006313528

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

19E0.78E4.3BF7.5B5D.A5AF.EE27.A90A.E339

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,1728370	5,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06
Contribuição Iluminação Pública			1,60
TOTAL DA FATURA			7,20

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Resv	Valor
26/06/18	21/05/18	6,85

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,1728370

HISTÓRICO DO CONSUMO

	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17	AGO 17	JUL 17	JUN 17	MAI 17
kWh	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	32	69	78

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	5,60	1,12	0,06	5,60	5,32	0,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003154937748	CAT	19/04/2018 682,00	21/05/2018 684,00	32	1,0000	0,00	2,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	11,58	23,19	46,38
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,39	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,64					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/18. 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 do 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 Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 10,94. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

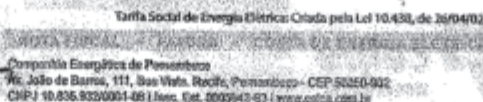
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023402984	05/2018	7,20	28/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838100000000 072000110075 023402984101 134871888638

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE EMILIANO 1 A

CENTRO BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55845-000

CODICE CONTRATTO	MESUNDO
2659845019	05/2018
DATA DI VENCIMENTO	DATA PROROGA PRINCIPALE (GG/MM)
30/05/2018	22/06/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/05/2016	2000423304	477260

TOTAL & DUE (30)	43.00
------------------	-------

TOTAL DA FATURA	43,00
-----------------	-------

Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CINIS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1027330	CAT	29/04/2018	9.061,00	10/05/2018	9.114,00	30	1,05000		21,00

Setor	Consumo (kWh/m²/mês)	Porcentagem
Industria	1,218	31,89%
Transporte	1,175	4,55%
Serviço Público (Educação)	0,020	20,80%
Perda de Energia	2,255	5,77%
Serviço Público (Saúde)	1,226	2,55%
Tributação	12,220	31,07%
Total	38,944	100%

[illegible]

En el primer semestre de 2017, el sector de la salud, tanto de la red pública como de la privada, cumplió con los estándares de calidad establecidos por la OMS, pero la atención de urgencias, en particular, se vio afectada por la falta de personal y de medicamentos, lo que provocó un aumento de la mortalidad.

CONDIÇÃO MACREDA	VALORES RELEVANTES	LIMITE NOMINAL	LIMITE PROCENTUAL	LIMITE ANUAL	TEMPO DE NOMINAL (%)	LIMITE DE VOTAÇÃO (%)	
						2002	2003
Grat	3,40	10,07	21,24	43,45	220		
Per	1,00	2,81	15,34	50,00		202	231
Outros	3,40	5,80	0,00	0,00			

Enviado em 18/02/2015 15:00. Última atualização em 18/02/2015 15:00.



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDIJANE ARRUDA DA ROCHA
CPF: 118.848.114-26 NIS: 23667960200

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI BODE 66

ZONA RURAL TIMBAUBA/TIMBAUBA RURAL
55870-000 TIMBAUBA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

28/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

7,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

017442393

CONTA CONTRATO

007023402984

Nº DO CLIENTE

2015032565

Nº DA INSTALAÇÃO

0006313528

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

19E0.78E4.3BF7.5B5D.A5AF.EE27.A90A.E339

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17286370	5,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06
Contribuição Iluminação Pública			1,60
TOTAL DA FATURA			7,20

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Resv	Valor
26/06/18	21/05/18	6,85

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17286370

HISTÓRICO DO CONSUMO

	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17	AGO 17	JUL 17	JUN 17	MAI 17
kWh	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	32	69	78

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	5,60	1,12	0,06	5,60	5,32	0,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003154937748	CAT	19/04/2018 682,00	21/05/2018 684,00	32	1,0000	0,00	2,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	11,58	23,19	46,38
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,39	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,64					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/18. 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 do 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 Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 10,94. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023402984	05/2018	7,20	28/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838100000000 072000110075 023402984101 134871888638

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50250-902
CNPJ 10.836.933/0001-09 | Rec. Est. 0003943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE: SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: RUA JOSE EMILIANO 1 A

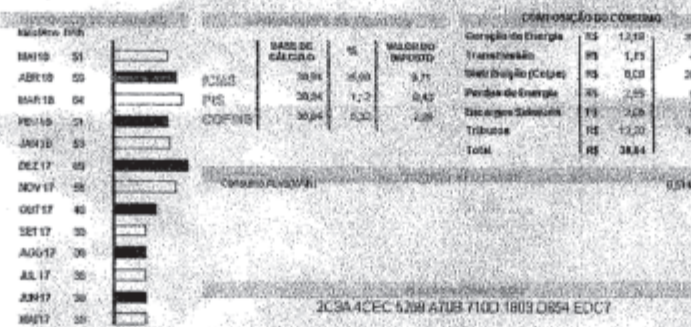
CPF: 036.856.044-34
CENTRO: BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55845-000

CLASSIFICAÇÃO: B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES: Monofase

Nº DA NOTA FISCAL: 017765743
DATA DE EMISSÃO: 23/05/2018
Nº DO CLIENTE: 230521304
Nº DA INSTALAÇÃO: 477280
DATA DE VENCIMENTO: 30/05/2018
DATA DE PAGAMENTO: 22/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 43,00

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	51,950000	0,75071955	39,28
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,58
Contribuição Iluminação Pública			3,76
ICMS Subvenção COB-NF 010319536-23/05/18			0,40
TOTAL DA FATURA			43,00

TP. DO MEDIDOR	TIPO DA FASEÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	DIFFERENÇA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
1037230	CAT	29/04/2018	9 061,09	29/05/2018	9 114,09	53	1,05000		01,00



2C3M4CEC 42W ATUB 7100 1809 DREH EDC7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Ata de entrega de energia elétrica de 2017 e 2018. Esta declaração é emitida para comprovar a entrega de energia elétrica ao consumidor em conformidade com o que consta no contrato de fornecimento de energia elétrica. A entrega de energia elétrica é feita através de um sistema de medição e controle de qualidade de energia elétrica. A entrega de energia elétrica é feita através de um sistema de medição e controle de qualidade de energia elétrica.

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
CONSUMO	3,40	1027	21,24	43,45		
CONSUMO	3,40	2,87	16,34	36,39		
CONSUMO	3,40	5,98	0,00	0,00		

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDIJANE ARRUDA DA ROCHA
CPF: 118.848.114-26 NIS: 23667960200

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI BODE 66

ZONA RURAL TIMBAUBA/TIMBAUBA RURAL
55870-000 TIMBAUBA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

28/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

7,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

017442393

CONTA CONTRATO

007023402984

Nº DO CLIENTE

2015032565

Nº DA INSTALAÇÃO

0006313528

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

19E0.78E4.3BF7.5B5D.A5AF.EE27.A90A.E339

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,1728370	5,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06
Contribuição Iluminação Pública			1,60
TOTAL DA FATURA			7,20

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Resv	Valor
26/06/18	21/05/18	6,85

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,1728370

HISTÓRICO DO CONSUMO

	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17	AGO 17	JUL 17	JUN 17	MAI 17
kWh	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	32	69	78

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	5,60	1,12	0,06	5,60	5,32	0,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003154937748	CAT	19/04/2018 682,00	21/05/2018 684,00	32	1,0000	0,00	2,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	11,58	23,19	46,38
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,39	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,64					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/18. 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 do 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 Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 10,94. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023402984	05/2018	7,20	28/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838100000000 072000110075 023402984101 134871888638

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50250-902
CNPJ 10.836.933/0001-09 | Rec. Est. 0003943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE EMILIANO 1 A

CPF: 036.856.044-34

CENTRO BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55845-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofase

CODIGO DEBILITADO
2859845019
DATA DE VENCIMENTO
30/05/2018
DATA DE INSCRIÇÃO
05/2018
DATA DE INSCRIÇÃO
22/06/2018

Nº DA NOTAS FISCAL
017765743
Nº DO CLIENTE
230521304
Nº DA INSTALAÇÃO
477280

TOTAL A PAGAR (R\$)
43,00

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	51,9630000	0,75071955	38,28
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,58
Contribuição Iluminação Pública			3,76
ICMS Subvenção CDE NF 010319536-22/02/18			0,40
TOTAL DA FATURA			43,00

TP DO MEDIDOR	TP DA FASE	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	DIFFERENÇA	CONSTANTE	ADJESTE	CONSUMO (KWH)
1037330	CAT	29/04/2018	9 061,09	30/05/2018	9 114,69	53,60	1,0000		53,60

INFORMAÇÕES DE CONSUMO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês	TP	VALOR DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	TP	VALOR	%
MAI 18	51	38,28	89,23	3,76	Contribuição de Energia	1,23	2,86%
ABR 18	50	37,70	87,88	3,76	Transmissão	1,23	2,86%
MAR 18	49	37,12	87,03	3,76	Distribuição (Celpe)	0,00	0,00%
FEB 18	48	36,54	86,18	3,76	Perda de Energia	2,29	5,27%
JAN 18	47	35,96	85,33	3,76	Recuperação Subvenção	1,23	2,86%
DEZ 17	46	35,38	84,48	3,76	Tributação	12,20	28,29%
NOV 17	45	34,80	83,63	3,76	Total	38,24	88,99%
OCT 17	44	34,22	82,78	3,76			
SET 17	43	33,64	81,93	3,76			
AUG 17	42	33,06	81,08	3,76			
Jul 17	41	32,48	80,23	3,76			
JUN 17	40	31,90	79,38	3,76			
MAY 17	39	31,32	78,53	3,76			

2C3M4CEC 42W ATUB 7100 1809 DREH EDC7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

VALORES DE REFERÊNCIA				TENDÊNCIA DE VARIÁVEL			
CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	TENDÊNCIA	UNIDADE	VALOR	VALOR
CONSUMO	3,40	1027	21,24	220	202	231	
CONSUMO	3,40	2,87	16,34				
CONSUMO	3,40	5,98	0,00				

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de J. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claudiana Arruda da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Integral - Permanente da Vítima Claudiana Arruda da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724 / 40, 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 <u>Rua Jose Emiliano</u>		Número <u>1A</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(81)9-9543-3413</u>	<u>(81)9-9216-2319</u>



Buenos Aires, 08 de junho de 2018
Local e Data

Rafaela Maria de J. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 Rafaela Maria de J. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claudiana Arruda da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Integral - Permanente da Vítima Claudiana Arruda da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724 / 40, 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 <u>Rua Jose Emiliano</u>		Número <u>1A</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9-9543-3413</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9-9216-2319</u>



Buenos Aires, 08 de Junho de 2018
Local e Data

Rafaela Maria de J. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de J. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claudiana Arruda da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Integral - Permanente da Vítima Claudiana Arruda da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724 / 40, 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 <u>Rua Jose Emiliano</u>		Número <u>1A</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(81)9-9543-3413</u>	<u>(81)9-9216-2319</u>



Buenos Aires, 08 de Junho de 2018
Local e Data

Rafaela Maria de J. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELLINGTON VALDOMIRO DOS SANTOS,

RG nº 5.962.646, data de expedição 24/08/2012

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 080.611.134-81, com

domicílio na cidade de TIMBAÚBA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Si. Barão, nº 66,

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 CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA cujo o condutor era

Claudiana Arruda da Rocha

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: KKE 6554

Chassi: 9C2KC 08507R 005 356

Data do Acidente: 11-03-2018

Local e Data: Timbaúba, 08 de Maio de 2018



Wellington Valdemiro dos Santos

Assinatura do Declarante



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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELLINGTON VALDOMIRO DOS SANTOS,

RG nº 5.962.646, data de expedição 24/08/2012

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 080.611.134-81, com

domicílio na cidade de TIMBAÚBA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Si Boreal, nº 66,

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 CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA cujo o condutor era

Claudiana Arruda da Rocha

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: KKE 6554

Chassi: 9C2KC 08507R 005 356

Data do Acidente: 11-03-2018

Local e Data: Timbaúba, 08 de Maio de 2018



Wellington Valdemiro dos Santos

Assinatura do Declarante



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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELLINGTON VALDOMIRO DOS SANTOS,

RG nº 5.962.646, data de expedição 24/08/2012

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 080.611.134-81, com

domicílio na cidade de TIMBAÚBA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Si. Barão, nº 66,

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 CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA cujo o condutor era

Claudiana Arruda da Rocha

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: KKE 6554

Chassi: 9C2KC 08507R 005 356

Data do Acidente: 11-03-2018

Local e Data: Timbaúba, 08 de Maio de 2018

Wellington Valdemiro dos Santos

Assinatura do Declarante



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



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Claudiano Arruato de Rocha

Cartão SUS: 70500985388253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: *

Nome da mãe:

Logradouro: Rua Sítio Pato Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Timbalão UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Atenção a Dipirona.

2- ANAMNESE:

Queda de motocicleta há 04 horas. Lesão trauma
contuso na trz esquerda. Sangue na ferida.
Anamne de trauma.

Diagn: Dipirona 2g/4h.

3- SSVV: T F.C. PA: F.R: Glasgow: 15 SatO2 HGT

C.O.B. Lúmen intestinal, massa cística c/efe, q/efe

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Trauma contuso na trz e au

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Atorafen 5mg 1ml - in
② Diclofenac 4mg 1ml - inDr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024① Ortopedia
② Ao ortopedicoRosenilda Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
CN 335840-TEDEPARTAMENTO DE RIELTO DIAS MACIEL
DR. Médico
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA
Av. A. Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 52011-040



Rua Dr. Antonio Xavier, s/n
CEP 55865-000 - Macaparana-PE
CNPJ: 11.361.889/0001-04
Fone: (81) 3639.1356
www.macaparana.com.br

RECEITUÁRIO

Cláudia Arruda da Rocha
vítima de acidente e morte
com fratura do tornozelo
e. Foi submetida a
tratamento conservador
com o pé fixo gesso de
pauco e encurtado - 11
com dificuldade de camin-
har e limitação para o
tornozelo e
alta médica.

18
07
18
Dr. Jorge V. Neves
Médico
CRM 4428/PE



3180 202047

Reabrir

464476

0294269/18

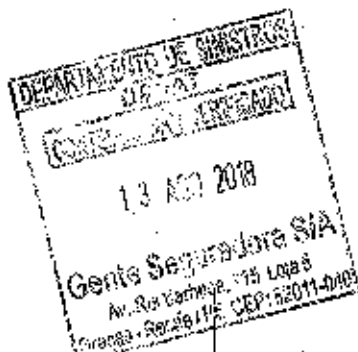


Rua Dr. Antônio Xavier, s/n
CEP 53065-000 - Macaparána-PE
CNPJ: 11.361.888/0001-04
Fone: (81) 3639.1156
www.macaparana.com.br

RECEITUÁRIO

Cláudio Arruda da Rocha
vítima de acidente e moto.
Há fratura da torção
e. Substituída a
tratamento conservador
com o poleto gesso de
paciente encontra-se
com dificuldade de camin-
har + limitação para o
trabalho e.
alta médica.

Dr. Jorge V. Neves
Médico
CRM 4428/PE



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 157

Nome: Claudiana Arruato de Paiva

Cartão SUS: 705120985488259 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: -

Nome da mãe:

Logradouro: Rua Sítio Patos Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Alergia a Dipirona

2- ANAMNESE:

Queixa de dor no abdômen há 04 dias, dor tipo cólica, localizada no quadrante superior direito, com irradiação para a região da umbilical.

Diagnóstico: Dispepsia Digestiva

3- SSVV: T EC PA: FR: Glasgow: 15 SatO2 HGT

Cor: Rosa Língua: Lúbril Membranas: Cor-de-rosa

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: Doença costuma ser tipo c. a. c.

Condução: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para UBS ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Ceftriaxona 500mg 1ml - R
2) Diclofenaco 4mg 1ml - R

Dr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

CID: Médico: (Assinatura e Carimbo)

1) 01/03/18
2) 02/03/18

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
Médico
CONTEUSO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA
45.5.597MSB, 715 LOPB
CEP: 52013-000



PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS
Secretaria Municipal de Saúde
RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins que o paciente Claudio
Arribe do Rocha, passou por tratamento fisioterapêutico,
paciente vítima de acidente motociclístico, diagnóstico de
fratura de tornozelo esquerdo.

Após o tratamento, o mesmo não mais apresenta necessidade
de acompanhamento fisioterapêutico, restando alto.



[Signature]
Denise Pedro Targuio F. Simão
Fisioterapeuta
Crefito: 250807-F

Data 23 / 10 / 18

Médico

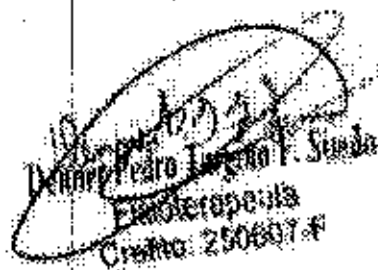


PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins que a paciente Claudiana
Azevedo da Rocha, passou por tratamento fisioterapêutico,
paciente vítima de acidente motociclístico, diagnosticada de
fratura de tornozelo esquerdo.

Após o tratamento, a mesma não mais apresenta necessidade
de acompanhamento fisioterapêutico, reabilitação alta.



Data: _____

Assinado

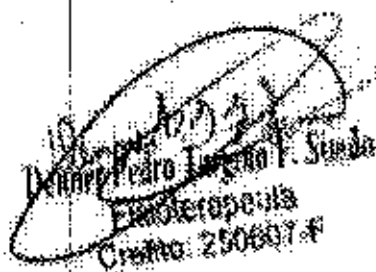


PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins que a paciente Claudiane Arruda da Rocha, passou por tratamento fisioterapêutico, paciente vítima de acidente motociclístico, diagnóstico de fratura de tornozelo esquerdo.

Após o tratamento, a mesma não mais apresenta necessidade de acompanhamento fisioterapêutico, reabilitação alta.



Data: _____

Assinatura



3180 202047

Reabrir

464476

0294269/18



Rua Dr. Antônio Xavier, s/n
 CEP 53865-000 - Macaparána-PE
 CNPJ: 11.361.888/0001-04
 Fone: (81) 3639.1156
 www.macaparana.com.br

RECEITUÁRIO

Cláudio Arruda da Rocha
 vítima de acidente e moto.
 com fratura da torção
 e. Substituída a
 tratamento conservador
 com o portador rígido do
 paciente encontra-se
 com dificuldade de camin-
 har + limitação para o
 trabalho e.
 Alta médica.

Dr. Jorge V. Neves
 Médico
 CRM 4428/PE



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 110318

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 157

Name: Claudio Perrone D. Rocio

Cartão SUS: 705120985488253 Sexo: F Data Nasc: 77/09/01 Idade: 27

Nome da mãe:

Logradouro: rua: Sítio patos

Complemento: _____ Bairro/Localidade: Zona Rural

Município: Teresopolis UF: Pe Telefone: () _____

Rubrica do Colaborador:

Rubrica do Colaborador: Alroga a Ocurona

2- ANAMNESE:

*Cantone de Montecarlo - 104 marzo - Costa Smeralda
Anno di vita - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982*

(v) Days: Days Days Days

3- SSVV: T _____ F.C. _____ PA: _____ F.R: _____ Glasgow: 11 SatO2 _____ HGT _____

Q3. *Lyman's Lichology prima sensu* life of the

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: *lesão cutânea na face*

CED: _____
Médico: (Assinatura e Carimbo) _____

Conduta: ☒ Medicação ☐ Observação ☐ Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____ h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

①	Citronella	5mg	1ml - 2
②	Decalene	4mg	1ml - 2

Dr. Rialto Dias Maciel

Dr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024

DEPARTAMENTO DE Saude
 Dr. Medico
 CONTEUSO BN-2536024

CONTAINER # 36024

12 JUN 2018

Secundaria SIA

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Claudiano Arruato de Rocha

Cartão SUS: 70500985388253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: 16

Nome da mãe:

Logradouro: Rua Sítio Pato Nº

Complemento: Bairro/Localidade: Zona rural

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Atenção a Dipirona.

2- ANAMNESE:

Queda de motocicleta há 04 horas. Lesão trauma
contuso na trz esquerda. Sangue na ferida.
Anamne de trauma.

Diagn: Dipirona 2g/6h.

3- SSVV: T F.C. PA: F.R: Glasgow: 15 SatO2 HGT

C.O.B. - hipotensão, taquicardia, náusea, vômito, dor abdominal.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: trauma contuso na trz e au

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Atorafen 5mg 1ml - 2x
2) Diclofenac 50mg 1ml - 2xDr. Rielto Dias Maciel
Médico
CRM-PE 26024S: 1 Ortopedia
2 Ao ortopedicoRosenilda Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
27335840-TEDEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
DR. RIELTO DIAS MACIEL
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA
Av. B. Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DI VAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

10.297.159 07/01/2016

NOME
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

FILIAÇÃO
JOSE CLAUDIO PEREIRA DA ROCHA
EVALDA ARRUDA DA SILVA

NATURALIDADE
TIMEAUBA - PE

DATA DE NASCIMENTO
17/05/2001

DOC. ORIGIN
CN.59967 L.A52 F.128 CART.
TIMEAUBA-PE 11.05.2001

CPF
135.611.724-40

ASSINATURA DO DIRETOR
F. N.º 7.118 DE 29/08/83

1160480823071160439-6686202

06R38

Claudia Arruda da Rocha

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 135.611.724-40

Nome: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Data de Nascimento: 17/05/2001

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 04/01/2016

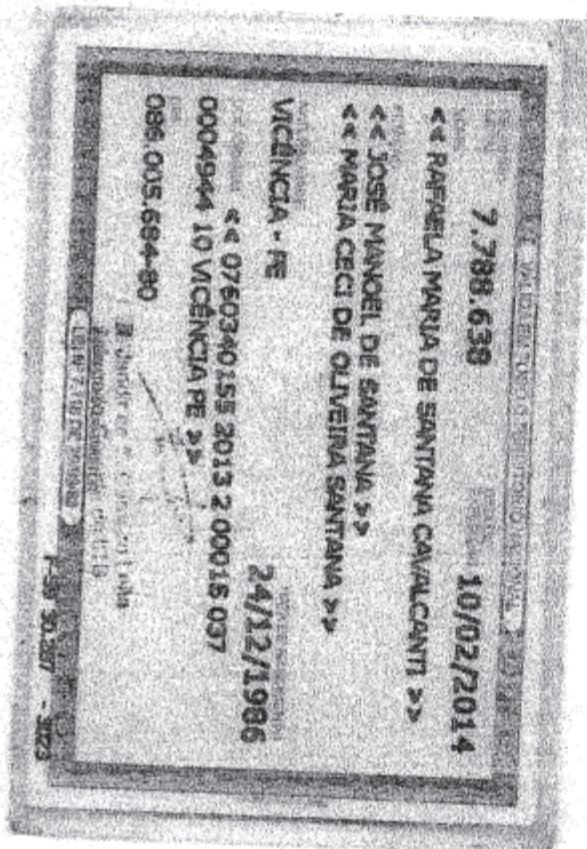
Digito Verificador: 00



Comprovante emitido às: 08:58:51 do dia 08/06/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 7795.366E.086F.D2C8





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DI VAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

10.297.159 07/01/2016

NOME
CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

FILIAÇÃO
JOSE CLAUDIO PEREIRA DA ROCHA
EVALDA ARRUDA DA SILVA

NATURALIDADE
TIMEAUBA - PE

DATA DE NASCIMENTO
17/05/2001

DOC. ORIGIN
CN.59967 L.A52 F.128 CART.
TIMEAUBA-PE 11.05.2001

CPF
135.611.724-40

ASSINATURA DO DIRETOR
F. N.º 7.118 DE 29/08/83

1160480823071160439-6686202

06R38

Claudia Arruda da Rocha

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 135.611.724-40

Nome: CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

Data de Nascimento: 17/05/2001

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 04/01/2016

Digito Verificador: 00



Comprovante emitido às: 08:58:51 do dia 08/06/2018 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 7795.366E.086F.D2C8

