



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

Dígito 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



Carteira de Identidade



Carteira de Identidade  
Rafaela Maria Cavalcanti  
Santana

VALOR EM REAIS: R\$ 100,00

7.788.638

10/02/2014

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

JOSÉ MANOEL DE SANTANA

MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA

VICÊNCIA - PE

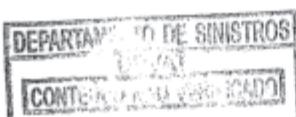
24/12/1985

0760340155 2013 2 00016 037

086.005.684-80

Liação de identificação  
Liação de identificação

123 30.257 - 303



12 JUN 2018

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

HOME WELLINGTON ELEOMIRO DOS SANTOS

TIMBAUÁ-PE

CPF/CNPJ PLACA  
080 811 134 81 RKE6554

PLACA ANT./UF CHASSIS  
\*\*\*\*\*/PE 8C21C08501R005356

ESPECIE/TI COMBUSTÍVEL  
FAS / MOPORTON GASOLINA

MARCA/ MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA / CG 150 TITAN ES 2006 2011  
CAP / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2B / 149C.I. PARTIC PRETA

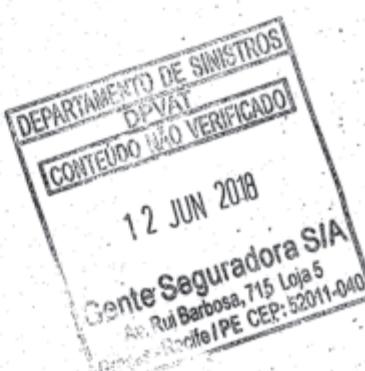
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
IPVA 2015 QUITADO	*****	1º *****
FAIXA IPVA	PAGAMENTO / COTAS	*****
*****	*****	3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE VENCIMENTO  
SEGURADO

OBSEVAÇÕES

LOCAL DATA  
TIMBAUÁ-PE 12/05/15

Charles Andrews Santos Ribeiro  
Detran



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

HOME WELLINGTON ELEOMIRO DOS SANTOS

TIMBAUÁ-PE

CPF/CNPJ PLACA  
080 811 134 81 RKE6554

PLACA ANT./UF CHASSIS  
\*\*\*\*\*/PE 8C21C08501R005356

ESPECIE/TI COMBUSTÍVEL  
FAS / MOPORTON GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. / ANO MOD.

HONDA / CG 150 TITAN ES 2006 / 2011  
CAP / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2B / 149C.I. PARTIC PRETA

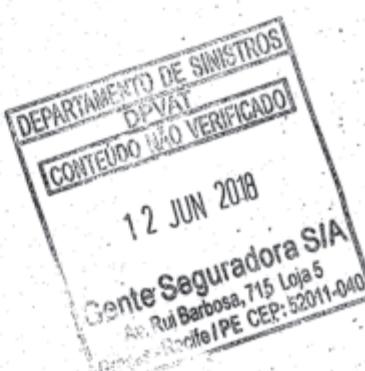
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2015 QUITADO	*****	1º *****
FAIXA IPVA	PAGAMENTO / COTAS	*****
*****	*****	3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE VENCIMENTO  
SEGURADO

OBSEVAÇÕES

LOCAL DATA  
TIMBAUÁ-PE 12/05/15

Charles Andrews Souza Ribeiro  
Detran



# 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

**Valorização 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 RAIO 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**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 TERAPÉUTICA. 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# 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

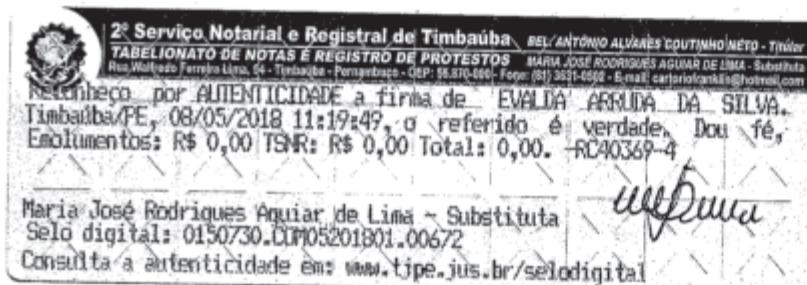
**OUTORGANTE:** EVALDA ARRUDA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 7.454.155, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.917.284-96 residente na Si Boche N° 66 Zona Rura, Timbaúba / PE

**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 arruda da Silva



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

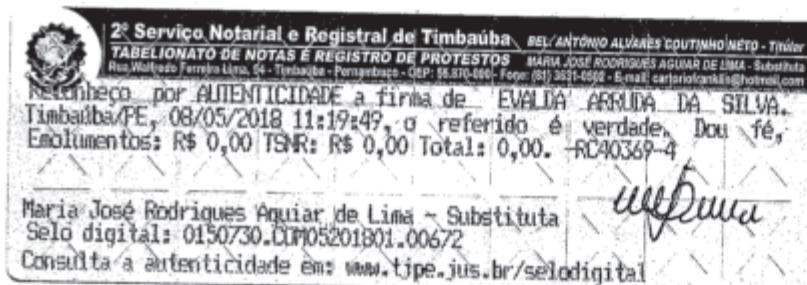
**OUTORGANTE:** EVALDA ARRUDA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 7.454.155, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.917.284-96 residente na Si Boche N° 66 Zona Rura, Timbaúba / PE

**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 arruda da Silva



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

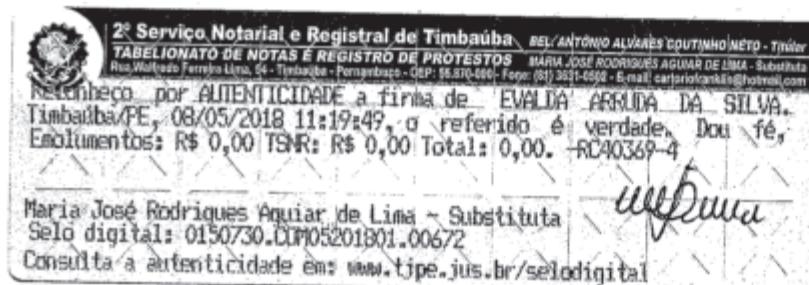
**OUTORGANTE:** EVALDA ARRUDA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 7.454.155, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.917.284-96 residente na Si Boche N° 66 Zona Rura, Timbaúba / PE

**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 arruda da Silva



# 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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/09/2018

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI  
CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 24/09/2018

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 25/10/2018

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI  
CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 25/10/2018

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

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](http://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, 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](http://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](http://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](http://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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

135.611.924-40

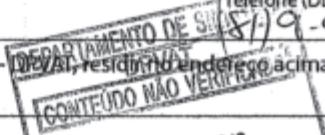
Nome completo da vítima

Claudiânia Annula da Rocha

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Cláudia Annula da Rocha	CPF titular da conta	135.611.924-40	Profissão
Endereço	S1 Bode	Número	66	Complemento
Bairro	Zona Rural	Cidade	Timbaúba	Estado
Email	CEP 55.890-000			
		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.


**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V   
 (Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
Bradesco	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.
1897	<input type="text"/>	209937
(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

Cláudia Annula da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Ervalda Annula da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Deposito em Conta Corrente

Favorável  
Banco : 237  
Agencia: 81877 LIBRABA  
Conta : 0000000020593-7  
Nome : CLAUDIANA ABREU DA RUCHA

Depositante : O PRÓPRIO  
FAVORÉCIO  
Valor em dinheiro : 5,00  
Valor em cheque : 0,00  
Valor total : 5,00

Av.Bradescos - 11783 - CAMPINAS  
Corresp.Banc.:139 - BUELOS VARIEDADES  
NSU: 029335711768 Autenticacao: 312088

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

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

135.611.924-40

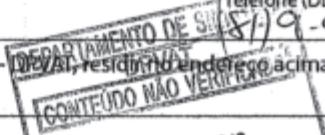
Nome completo da vítima

Claudiânia Annula da Rocha

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Claudiânia Annula da Rocha	CPF titular da conta	135.611.924-40	Profissão
Endereço	S1 Bode	Número	66	Complemento
Bairro	Zona Rural	Cidade	Timbaúba	Estado
Email	CEP 55.890-000			
		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.


**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

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

 AGENCIA  
NRO.

D/V

 CONTA  
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

NRO.

Bradesco

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

Deposito em Conta Corrente

Favorável  
Banco : 237  
Agencia: 81877 LIBRABA  
Conta : 0000000020593-7  
Nome : CLAUDIANA ABREU DA RUCHA

Depositante : O PRÓPRIO  
FAVORÉCIO  
Valor em dinheiro : 5,00  
Valor em cheque : 0,00  
Valor total : 5,00

Av.Bradescos - 11783 - CAMPINAS  
Corresp.Banc.:139 - BUELOS VARIEDADES  
NSU: 029335711768 Autenticacao: 312088

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

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

135.611.924-40

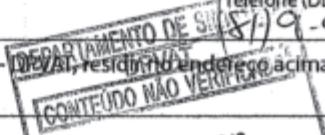
Nome completo da vítima

Claudiânia Annula da Rocha

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Claudiânia Annula da Rocha	CPF titular da conta	135.611.924-40	Profissão
Endereço	S1 Bode	Número	66	Complemento
Bairro	Zona Rural	Cidade	Timbaúba	Estado
Email	CEP 55.890-000			
		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.


**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V

(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
Bradesco		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.
1897	<input type="text"/>	209937
(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

Claudiânia Annula da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Everalda Annula da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Deposito em Conta Corrente

Favorável  
Banco : 237  
Agencia: 81877 LIBRABA  
Conta : 0000000020593-7  
Nome : CLAUDIANA ABREU DA RUCHA

Depositante : O PRÓPRIO  
FAVORÉCIO  
Valor em dinheiro : 5,00  
Valor em cheque : 0,00  
Valor total : 5,00

Av.Bradescos - 11783 - CAMPINAS  
Corresp.Banc.:139 - BUELOS VARIEDADES  
NSU: 029335711768 Autenticacao: 312088

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

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

135.611.924-40

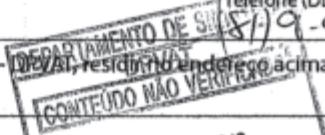
Nome completo da vítima

Claudiânia Annula da Rocha

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Claudiânia Annula da Rocha	CPF titular da conta	135.611.924-40	Profissão
Endereço	S1 Bode	Número	66	Complemento
Bairro	Zona Rural	Cidade	Timbaúba	Estado
Email	CEP 55.890-000			
		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.


**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<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"/> 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)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.	
Bradesco			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1897		20993	7
(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

Claudiânia Annula da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Everalda Annula da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Deposito em Conta Corrente

Favorável  
Banco : 237  
Agencia: 81877 LIBRABA  
Conta : 0000000020593-7  
Nome : CLAUDIANA ABREU DA RUCHA

Depositante : O PRÓPRIO  
FAVORÉCIO  
Valor em dinheiro : 5,00  
Valor em cheque : 0,00  
Valor total : 5,00

Av.Bradesc 11783 - CAMPINAS  
Corresp.Banc.1139 - BUELOS VARIEDADES  
NSU: 029335711768 Autenticacao: 312088

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

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933



0208686118

449678



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DÉFESA 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 - Culposo (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 UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO**

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

*Cláudia Arruda da Rocha*

**CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

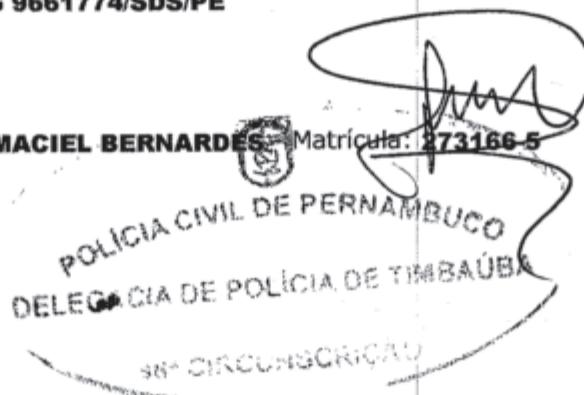
**(VITIMA)**

*Edijane Arruda da Rocha*

**EDIJANE ARRUDA DA RODA RG 9661774/SDS/PE**

**(OUTRO)**

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



0208686118

449678



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DÉFESA 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 - Culposo (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 UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO**

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

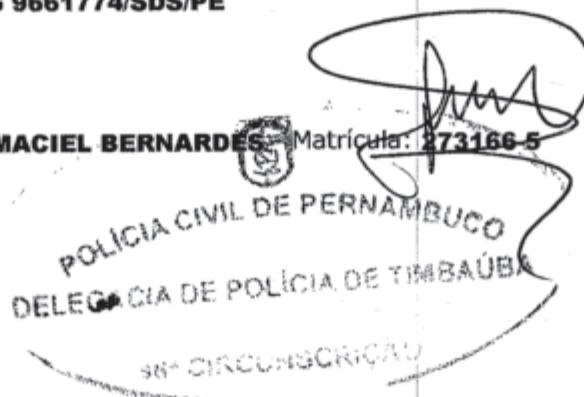
*Cláudia Arruda da Rocha*  
**CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

**(VITIMA)**

*Edijane Arruda da Rocha*  
**EDIJANE ARRUDA DA RODA RG 9661774/SDS/PE**

**(OUTRO)**

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



0208686118

449678



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DÉFESA 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 - Culposo (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 UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO**

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

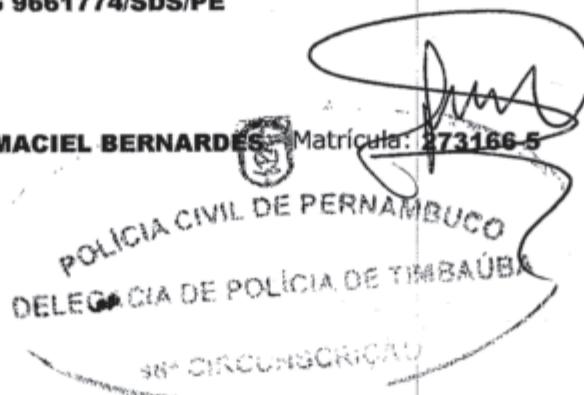
*Cláudia Arruda da Rocha*  
**CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

**(VITIMA)**

*Edijane Arruda da Rocha*  
**EDIJANE ARRUDA DA RODA RG 9661774/SDS/PE**

**(OUTRO)**

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



0208686118

449678



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DÉFESA 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 - Culposo (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 UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO**

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

*Cláudia Arruda da Rocha*

**CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

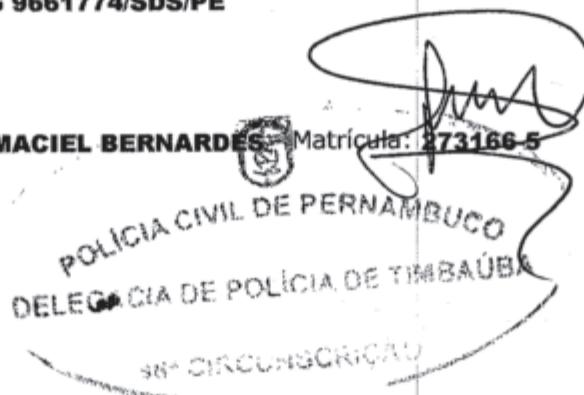
**(VITIMA)**

*Edijane Arruda da Rocha*

**EDIJANE ARRUDA DA RODA RG 9661774/SDS/PE**

**(OUTRO)**

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



0208686118

449678



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DÉFESA SOCIAL  
 POLÍCIA 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 - Culposo (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 UPA LOCAL POR POPULARES ONDE CONSTATARAM UM TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO**

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

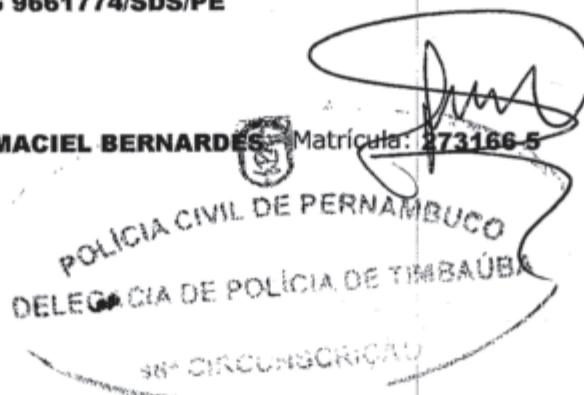
*Cláudia Arruda da Rocha*  
**CLAUDIANA ARRUDA DA ROCHA**

**(VITIMA)**

*Edijane Arruda da Rocha*  
**EDIJANE ARRUDA DA RODA RG 9661774/SDS/PE**

**(OUTRO)**

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cláudia 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 Sítio Bode N° 66 Zona Rural, Cidade Simões Filho, 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.

Cláudia Arruda da Rocha

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Simões Filho, 08 de junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cláudia 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 Sítio Bode N° 66 Zona Rural, Cidade Simões Filho, 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.

Cláudia Arruda da Rocha

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Simões Filho, 08 de junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cláudia 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 Sítio Bode N° 66 Zona Rural, Cidade Simões Filho, 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.

Cláudia Arruda da Rocha

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Simões Filho, 08 de junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cláudia 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 Sítio Bode N° 66 Zona Rural, Cidade Simões Filho, 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.

Cláudia Arruda da Rocha

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Simões Filho, 08 de junho de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cláudia 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 Sítio Bode N° 66 Zona Rural, Cidade Simões Filho, 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.

Cláudia Arruda da Rocha

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Simões Filho, 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 MARTIRIOS, 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 APARENTEIS.

DEAMBULA COM MULETA.

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

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

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( 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 ás 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

---

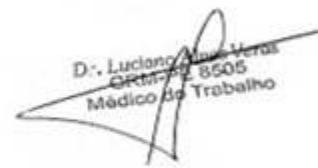
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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: 8505  
Médico de 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 MARTIRIOS, 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 APARENTEIS.

DEAMBULA COM MULETA.

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

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

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( 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 ás 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

---

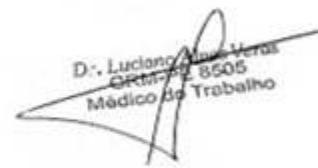
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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: 8505  
Médico de Trabalho

---

LUCIANO ALVES VERAS CRM : 8505 / UF :PE

## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

## 1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Cláudiano Arruolo do RochaCartão SUS: 7051009853088253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: 18

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Logradouro: Rua Sítio Pato Nº \_\_\_\_\_Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro/Localidade: Zona RuralMunicípio: Timbaúba UF: PE Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Rubrica do Colaborador: \_\_\_\_\_

## 2- ANAMNESE:

Colidido com motocicleta bateu na testa e no nariz. Foi levado para a UPA. Foi feita ressuscitação cardiorrespiratória.

Exames: Díspnea e taquicardia.

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

Feb, taquicardia, hipotensão arterial, constipação, febre, dor de cabeça.

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

Hipótese Diagnóstica: fratura contusão na face e no nariz CID: \_\_\_\_\_

Conduta:  Medicação ( ) Observação ( ) Alta Hospitalar

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

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

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Cetoprofeno 50mg 1ml - 1x dia  
2) Acetaminofeno 400mg 10ml - 1x dia

Dr. Rielto Dias Maciel  
 Médico  
 CRM-PE 26024

Rosângela Maria da Silva  
 Técnica de Enfermagem  
 EN 335040 - TE

DEPARTAMENTO Rielto Dias Maciel  
 Dr. Médico  
 CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Centro Seguradora S/A

Av. R. Barros, 715 Loja 5

Cidade: Recife - PE CEP: 520 11-040



**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

DATA: 110318

## HORA:

**1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO**

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Cláudiano Arruolo de Souza N° PRONTUÁRIO 137

Cartão SUS: 7050009853088253 Sexo: F Data-Nasc: 23/08/1991

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Data Nasc: 17/03/07 Idade: \_\_\_\_\_

Logradouro: Rua Sítio Pato N° 100

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro/Localidade: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro/Localidade: Zone rural  
Município: Timbaúba UF: PE Telefone: ( )

### Rubrica do Colaborador:

## 2- ANAMNESE:

Guides on motorcycle today now. auto train  
contains two test engines, says Mr. May.  
Arrives on Friday.

④ *clay*: *Dysinane* *J. gelat.*

3- SSVV: T \_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_ PA: \_\_\_\_ F.R: \_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_ SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_ HGT

FOB: Lymies Lichfield Metro centre Cafe, of shi

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

Hipótese Diagnóstica: *frases contendo nomes próprios e adjetivos*

CID:

### Médico: (Assinatura e Carimbo)

Condução:  Medicamento  Observação  Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ h. Alta referido para IISB ( )

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

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Cytoskeletons 50 my 1 my - in Rosenblatt  
② Accretion 4 my 1 my - fine

DEPARTAMENTO  
Dr. Rielto-Dias Maciel  
DI MÉDICO  
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Agente Seguradora SIA



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>28/05/2018</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>21/05/2018</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007023402984</b>
EDIJANE ARRUDA DA ROCHA CPF: 118.848.114-26 NIS: 23667960200		<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>7,20</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>21/05/2018</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2015032565</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> SI BODE 66 ZONA RURAL TIMBAUBA/TIMBAUBA RURAL 55870-000 TIMBAUBA PE		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>017442393</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0006313528</b>	
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b> Monofásico <b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>19E0.78E4.3BF7.5B5D.A5AF.EE27.A90A.E339</b>				

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](http://www.celpe.com.br)

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17268377	5,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06
Contribuição Iluminação Pública			1,60
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>7,20</b>

**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

**Tarifas Aplicadas**

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):  
Veneto Dt Resv Valor  
25/04/18 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.

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17268370 kWh

MAI	18	30
ABR	18	30
MAR	18	30
FEV	18	30
JAN	18	30
DEZ	17	30
NOV	17	30
OUT	17	30
SET	17	30
AGO	17	30
JUL	17	32
JUN	17	69
MAI	17	79

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAB	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
600000003154837748	CAT	19/04/2018	682,00	21/05/2018	684,00	32	1,00000	0,00	2,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		mar/2018			
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	11,69	23,19	46,38
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,39	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 2,64					

Todo Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DNIC 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](http://www.aneel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. 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 N° 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.

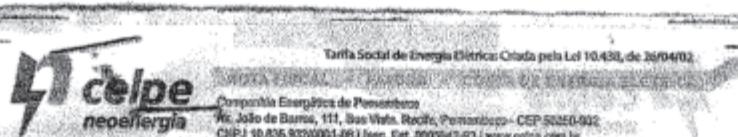
## DESTAQUE AQUI

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



DADOS DO CLIENTE  
 SEVIRINA DAMIÃO DE FARIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA JOSÉ EMILIANO 1 A.

CPF: 030.866.044-34

CENTRO/BUENOS AIRES  
 BUENOS AIRES/PE  
 55645-000

CLASSIFICAÇÃO

82 COMERCIAL  
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
 Monofásico

DATA DE EMISSÃO  
 2659845019 05/2018

NP. DANISTRA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
017766719	UNICA	23/05/2018
APRESENTAÇÃO	NP. DO CLIENTE	N. DA INSCRIÇÃO
23/05/2018	2309673304	47730

DATA DE VENCIMENTO DATA PARA PAGAR/DEBITAR  
 30/05/2018 22/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 43,00

CONSUMO ATÉ(Wh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Até(Wh)	51.950.000	0,75071955	38,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,56
Contribuição Iluminação Pública			3,76
ICMS-Subvenção-CODE-NF 013315586-23/09/18			0,40

TOTAL DA FATURA

43,00

NP. DO MEDIDOR	TIPO DA FONTE	DATA ANTERIOR	DATA ÚLTIMA	DATA	DATA ÚLTIMA	VALOR	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (Wh)
108730	CAT	2016/05/18	8.051,00	2016/05/20	9.114,00	30	1.0000		01.00

DECOMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
Consumo de Energia									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									





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

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, São Viálio, Recife, Pernambuco - CEP 50.040-901  
CNPJ 10.835.933/0001-09 | Iucr. Est. 0000943-63 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE:**  
**SEVIRINA DAMIÃO DE FARIAS**

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOSE ERMILIANO 1.4

CPE 038 850 004-34

CENTRO BIBLIOGRÁFICO DE LOS AÑOS 80

## Classificação

83 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

2859845019 05/2018

NR. DA NOTA FISCAL	NR. NF	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA PAGAR (DE)
017766749	UNICA	23/05/2018	30/05/2018	22/06/2018
APRESENTAÇÃO	NR. DO CLIENTE	MÉDIA AVALIAÇÃO	DATA A PAGAR (DE)	
23/05/2018	200591304	477380		43,0

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	TOTAL (R\$)
Consumo Alívio (Wh)	51.960,0000	0,76071955	38,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,55
Contribuição Financeira Pública			3,76
ICMS Subvenção-CDS-NF 010319528-20/09/18			0,00

TOTAL DA FATURA 43,00

NP.Dº	TIPO DA MEDIDOR	ANTERIOR	ATUAL	MÉDIA DIÁRIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WHR)
FUNCTION	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CHAVES		
M017300	CAT	28/04/2018	8.061,00	23/05/2018	8.114,00	30.	1.000000

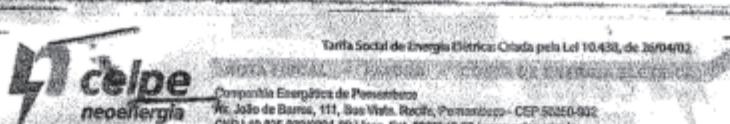
RESUMO DE CONSUMO				CORRIGEÇÃO DO CONSUMO		
MAR19	51			Corrigido de Energia	R\$ 12,10	-11,00%
ABR19	55			Transferência	R\$ 1,73	-4,45%
MAR18	54			Novo Preço (Custo)	R\$ 0,03	20,00%
FEV18	51			Perda de Energia	R\$ -2,25	-5,57%
JAN18	53			Despesas Sociais	R\$ -2,60	-3,33%
DEZ17	69			Tributação	R\$ -12,20	-11,00%
NOV17	66			Total	R\$ 38,84	-5,00%
OUT17	40					0,01480133
SET17	32					
AGO17	36					
JUL17	36					
JUN17	36					

A partir de 2004/5, lleva con regularidad el 47% para Génova Tarragona y el 52% para Alcoy-Alcoi. Hasta 2003/4, lleva una cifra de batidores en vigor en Asturias. Esta cifra incluye los equipos en vigor por 84. Cada año el controlador de la competición no vale para controlar individualmente el 10% de los tiempos de los campeones. Pago anualmente una multa de 100.000 euros (100.000,00). Avera 1.800.000 (10.450.000) en multas y 10.000 en multas por el controlador de la competición, que es el que se encarga de desempeñar la disciplina, definida para los partidos de determinado controlador.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
UPVAL  
CONTENDO NÃO VÁ FICADO  
12 JUN 2018

VALORES DA META	VALORES MÍNIMOS	LIMITE MÍNIMO	VALORES MÍNIMOS	LIMITE MÍNIMO	VALORES MÍNIMOS		
					RESIDENCIAL	INDUSTRIAL	COMERCIAL
90%	3,40	10,87	21,74	43,46			
100%	4,00	2,67	16,34	30,69			
105%	3,40	5,00	0,00	0,00			
					TENSÃO HORAS/AL	UNIDADES MÍNIMAS	VALORES MÍNIMOS
					220	202	231





DADOS DO CLIENTE  
SEVIRINA DAMIÃO DE FARIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOSÉ EMILIANO 1 A

CPF: 030.866.044-34

CENTRO/BUENOS AIRES  
BUENOS AIRES/PE  
55645-000

CLASSIFICAÇÃO

82 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Monofásico

DATA DE EMISSÃO  
2659845019 05/2018

NP. DANISTRA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
017786719	UNICA	23/05/2018

DATA DE VENCIMENTO  
30/05/2018 DATA PRAZO PARA PAGAMENTO  
22/06/2018

APRESENTAÇÃO N.º DO CLIENTE N.º DA INSCRIÇÃO  
23/05/2018 2309673304 47730

TOTAL A PAGAR (R\$)

43,00

CONSUMO ATÉ(0/Vh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Até(0/Vh)	51.950,0000	0,75071955	38,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,56
Contribuição Iluminação Pública			3,76
ICMS-Subvenção-CODE-NF 013315586-23/09/18			0,40

TOTAL DA FATURA

43,00

NP. DO MEDIDOR	TIPO DA FONTE	DATA ANTERIOR	DATA ÚLTIMA	DATA	DATA ÚLTIMA	VALOR	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (W.H)
108730	CAT	2018/05/18	8.051,00	2018/05/24	9.114,00	30	1.0000		01,00

DECOMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
Consumo de Energia									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Imposto									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								
Consumo de Impostos									
BRASIL	51								
ABR18	55								
MAR18	64								
FEV18	51								
JAN18	53								
DEZ17	65								
NOV17	58								
OUT17	45								
SET17	33								
AUG17	39								
ABR17	36								
JUN17	39								
JUL17	35								

## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> 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 Rafaella Maria de S. Lavalcanti, inscrito (a) no CPF 086.005.684-180, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudiana Ciruanda da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724-40, do sinistro de DPVAT cobertura Inc. Permanente da Vítima Cláudiana Ciruanda 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 José Emílio</u>	Número	<u>14</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>Buenos Aires</u>	CEP	<u>55845-000</u>

Telefone comercial (DDD) (81) 9-9543-3413 | Telefone celular (DDD) (81) 9-9216-2319

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

Buenos Aires 08 de Junho de 2018  
Local e Data

Rafaella Maria de S. Lavalcanti  
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> 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 Rafaella Maria de S. Lavalcanti, inscrito (a) no CPF 086.005.684-180, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudiana Ciruanda da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724-40, do sinistro de DPVAT cobertura Inc. Permanente da Vítima Cláudiana Ciruanda 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	Rua Jose Emílio	Número	14
Bairro	Centro	Estado	PE
Email	Buenos Aires	Telefone comercial (DDD)	55845-000
		Telefone celular (DDD)	(81) 9-9543-3413

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

Buenos Aires 08 de Junho de 2018  
Local e Data

Rafaella Maria de S. Lavalcanti  
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> 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 Rafaella Maria de S. Lavalcanti, inscrito (a) no CPF 086.005.684-180, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudiana Ciruanda da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.611.724-40, do sinistro de DPVAT cobertura Inc. Permanente da Vítima Cláudiana Ciruanda 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 José Emílio</u>	Número	<u>14</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>Buenos Aires</u>	CEP	<u>55845-000</u>

Telefone comercial (DDD) (81) 9-9543-3413 | Telefone celular (DDD) (81) 9-9216-2319

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

Buenos Aires 08 de Junho de 2018  
Local e Data

Rafaella Maria de S. Lavalcanti  
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 SOS IPE, 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 Boale, nº 66,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima CLAUDIA RAFAELA DA ROCIA cujo o condutor era  
Claudiana Cirruda da Rocha.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: KKE 6554

Chassi: 9C2KC 08507R005356

Data do Acidente: 11-03-2018

Local e Data: Timbaúba, 08 de Maio de 2018



Wellington Valdomiro 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 SOS IPE, 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 Boale, nº 66,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima CLAUDIA PAZ FERREIRA DA ROCHA cujo o condutor era  
Claudiana Cirruda da Rocha.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: KKE 6554

Chassi: 9C2KC 08507R005356

Data do Acidente: 11-03-2018

Local e Data: Timbaúba, 08 de Maio de 2018



Wellington Valdomiro 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 SOS IPE, 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 Boale, nº 66,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima CLAUDIA PAZ FERREIRA DA ROCHA cujo o condutor era  
Claudiana Cirruda da Rocha.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2007

Placa: KKE 6554

Chassi: 9C2KC08507R005356

Data do Acidente: 11-03-2018

Local e Data: Timbaúba, 08 de Maio de 2018



Wellington Valdomiro 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/ N° DO REGISTRO

N° PRONTUÁRIO 151

Nome: Cláudiano Arruolo do RochaCartão SUS: 7051009853088253 Sexo: F Data Nasc: 17/09/01 Idade: 18

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Logradouro: Rua Sítio Pato N° \_\_\_\_\_Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro/Localidade: Zone RuralMunicípio: Timbaúba UF: PE Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Rubrica do Colaborador: \_\_\_\_\_

## 2- ANAMNESE:

Quando de moto caiu na traseira de um caminhão. Foi levado para o hospital. Foi operado. Foi para casa. Foi para casa.

Diagnóstico: Díspnea. Sintomas:

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

Feb. Díspnea. Letargia. Mau humor. Foi para casa. Foi para casa.

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

Hipótese Diagnóstica: fratura costela na traseira de um caminhão CID: \_\_\_\_\_

Conduta:  Medicação ( ) Observação ( ) Alta Hospitalar

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

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

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Cetoprofeno 50mg 1ml - 1x  
2) Acetaminofeno 400mg 10ml - 1x

Dr. Rielto Dias Maciel  
 Médico  
 CRM-PE 26024

Rosângela Maria da Silva  
 Técnica de Enfermagem  
 EN 335040 - TE

DEPARTAMENTO Rielto Dias Maciel  
 Dr. Médico  
 CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Centro Seguradora S/A

Av. R. Barros, 715 Loja 5

Cidade: Recife - PE CEP: 520 11-040



Rua Dr. Antônio Xavier, s/n  
CEP 55365-000 - Macaparana - PE  
CNPJ 11.361.888/0001-04  
Fone: (81) 3647.1356  
www.macaparana.com.br

### RECEITUÁRIO

Cláudiana Arredondo da Rocha  
Vitima do acidente e morta  
Agora falecida de 407 dias.  
E. Foi submetida a  
Intervenção Conservadora  
com o resultado da seguinte:  
Pacientes salvos - 20-21.  
Com dificuldade de conviven-  
cia e limitações para o  
desenvolvimento.  
Alta médica.

18

07

Dr. Jorge V. NEVES  
Médico  
CRM 4428/PE

18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2018

Gesta Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

3180 258047

Reaburn

૭૬૭૭

029426918



Rua Dr. Antonio Xavier, s/n  
CEP 53365-000 - Mossoró-PE  
CNPJ: 19.361.888/0001-04  
Fone: (81) 3639.1156  
[www.mdcceparana.com.br](http://www.mdcceparana.com.br)

## RECEITUÁRIO

**RECEITUÁRIO**

Cláudia Arrocha da Rocha  
vitima de acidente e multo  
fria feve de dor de dente  
e. Fora submetida a  
glicocorticoide conservador  
em ap. 1h. infusão de  
paciente em 10-33  
com dificuldade de comuni-  
car + limitada para o  
fazendo E.  
alta medice.

Dr. Jorge V. Naves  
Mexico  
M.A. ANTOPE



## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

## 1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO

N° PRONTUÁRIO 157

Nome: Claudiano Arruolo de SouzaCartão SUS: 70500985484253 Sexo: F Data: Nasc: 17/09/01 Idade: Nome da mãe: Logradouro: Rua Sávio Pato N° Complemento:  Bairro/Localidade: Zona RuralMunicípio: Tenente UF: PE Telefone: ( )

Rubrica do Colaborador:

Atencio a D. Mariana

## 2- ANAMNESE:

Padre de m. de 65 anos. 1m 70m. peso 70kg. alto e magro. Confirma h. tuz. Enfermeira. nysa. fte. nysa. Arreia de urina.① clareza. Dizimina. ② gástrico.3- SSVV: T  FC  PA:  ER:  Glasgow: 15 SatO2  EGT 100, Tym. 1.500g. nysa constante. Cofe. etc.

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

Hipótese Diagnóstica: Febre urinária h. tuz e gástrica CID: 

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

Médico: (Assinatura e Cacimbo)

Saída: Data/Hora 11/03/18 às 10:00 h. Alta referido para USB ( )

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

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Citogafeno 50mg 1ml - 2 ② Ac. etan. 4mg 1ml - 1Dr. Rielto dos Macêdo  
Médico  
CRM-PE 26024DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MACÊDO  
Dr. Rielto dos Macêdo  
CONTROLE CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA  
Ag. 2. SIAPE, 715 Lote 1  
CNPJ 52.000.000/0001-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS  
Secretaria Municipal de Saúde  
RECEITUÁRIO

Médico para os devidos fins que a paciente Claudiana  
Amado da Rocha, passou por tratamento fisioterapêutico,  
paciente vítima de acidente motociclistico, diagnóstico de  
fratura de tornozelo esquerdo.

Após o tratamento, o mesmo mais dois operários realizaram  
de acompanhamento fisioterapêutico, voltando alt.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Darbosa, 715 Loja 6
Recife PE CEP: 52011-040



Data 23/10/18

Médico

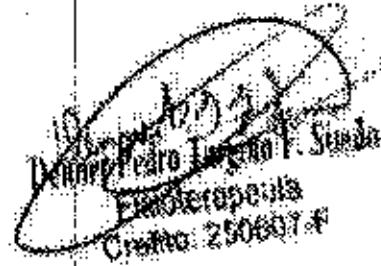


PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS  
Secretaria Municipal de Saúde

**RECEITUÁRIO**

Machado para os óculos que em paciente Claudiano  
Oliveira da Rocha, pessoa que tratamento fisioterapêutico  
paciente vítima de acidente automobilístico, diagnosticado  
fratura de tímpano esquerdo.

Após o tratamento, a mesma noite mais apresenta necessidade  
de acompanhamento fisioterapêutico, voltando alt.



Data

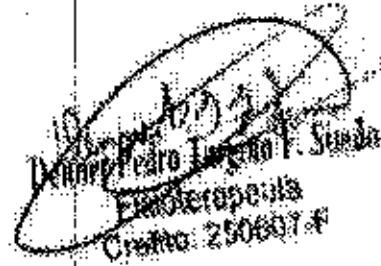
Medicamento



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**RECEITUÁRIO**

Machado para os óculos que em paciente Claudiano  
 Aruado da Rocha, pessoa que tratamento fisioterapêutico  
 paciente vítima de acidente automobilístico, diagnosticado  
 fratura de tímpano esquerdo.

Após o tratamento, a mesma noite mais apresenta necessidade  
 de acompanhamento fisioterapêutico, voltando alt.



Data

Medicamento



3180 258047

Reabrir

464476

0294269/18



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

### RECEITUÁRIO

Cláudia Azevedo da Rocha  
vítima de acidente e morta  
por fator de desvio  
e. Foi submetida a  
intervenção conservadora  
em aparelho sagittal  
paciente com 20-21  
com dificuldade de amarrar  
e limitações para o  
funcionamento.  
Até onde

Dr. Jorge V. Naves  
CRM: 4428/PE



## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 11/03/18

HORA:

## 1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO

N° PRONTUÁRIO 157

Nome: Cláudiano Arruolo de SouzaCartão SUS: 70500985484253 Sexo: F Data: Nasc: 17/09/01 Idade: Nome da mãe: Logradouro: Rua Sávio Pato N° Complemento:  Bairro/Localidade: Zona RuralMunicípio: Tenente UF: PE Telefone: ( )

Rubrica do Colaborador:

Atencio a D. Mariana

## 2- ANAMNESE:

Padre de m. de 65 anos. 1m 70m peso 80kg. alto e magro. Confirma h. tuz. Enfermeira. nysa. fte. nysa. Arreia de urina.① clareza. Dizimina. ② gástrico.3- SSVV: T  FC  PA:  ER:  Glasgow: 15 SatO2  EGT 100, Tym. 1.500g. nysa constante. Cofe. etc.

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

Hipótese Diagnóstica: Febre urinária h. tuz e gástrica CID: 

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

Médico: (Assinatura e Cacimbo)

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

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

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Citogafeno 50mg 1ml - 2 Respiratória de Sinesse DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
② Acetaminofeno 400mg 1ml - 1 Dr. Rielto das Maciel  
Medico  
CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Seguradora SIA

Ag. A. Sistens, 715 Lote 1

CNPJ 23.360.000/0001-00

**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

DATA: 110318

## HORA:

**1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO**

Nº PRONTUÁRIO 151

Nome: Cláudiano Arruolo de Souza N° PRONTUÁRIO 137

Cartão SUS: 7050009853088253 Sexo: F Data-Nasc: 23/08/1991

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Data Nasc: 17/03/07 Idade: \_\_\_\_\_

Logradouro: Rua Sítio pato N°

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro/Localidade: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro/Localidade: Zone rural  
Município: Timbaúba UF: PE Telefone: ( )

**Rubrica do Colaborador:**

## 2- ANAMNESE:

Guido on motorcycle today now. auto traine  
contains two 1/2 Englands says the phys.  
comes on Sunday.

(2) clspn: Dysinma Dyslogia.

3- SSVV: T \_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_ PA: \_\_\_\_ F.R: \_\_\_\_ Glasgow: 15 SatO<sub>2</sub> \_\_\_\_ HGT \_\_\_\_

FOB, Lymies L-shape memo cards CofE, of shi

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

Hipótese Diagnóstica: *fratura costela no topo da 9a.* CID: *803.0*

Condução:  Medicamento  Observação  Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_h. Alta referido para USB ( )

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

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:  As Oxyginton.

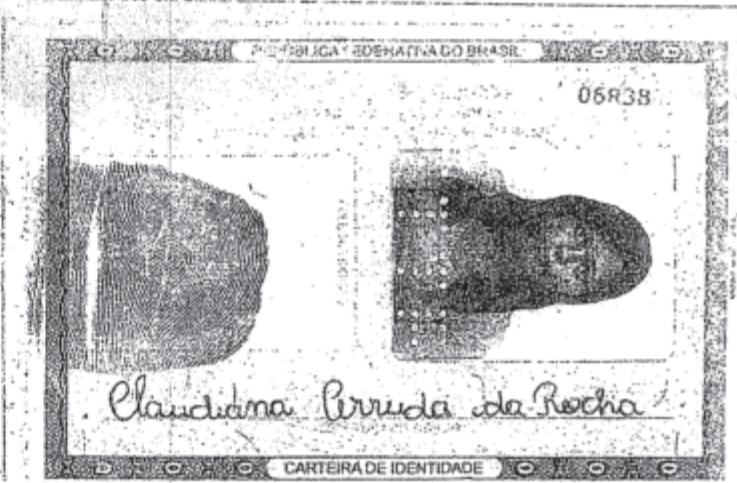
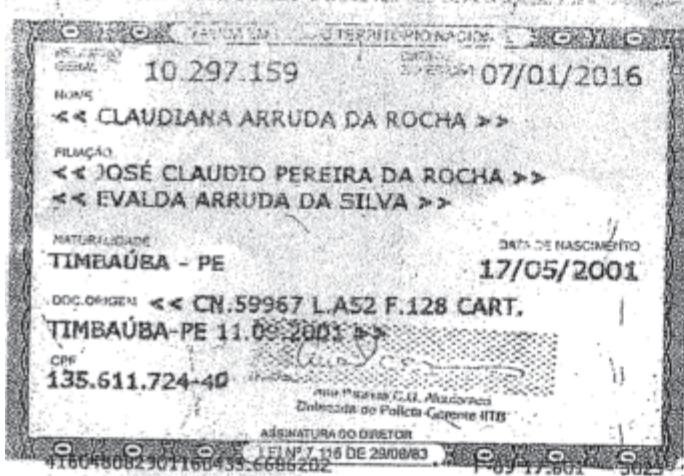
## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Captopril 50 mg 1 tab - in Rosenblatt  
② Acetamin 4 mg 1 tab - for

DEPART. Dr. Ribeiro-Dias Maciel  
DI. Médico.  
CONTEÚDO CRM-PE 26024

12 JUN 2018

Agente Seguradora SIA





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

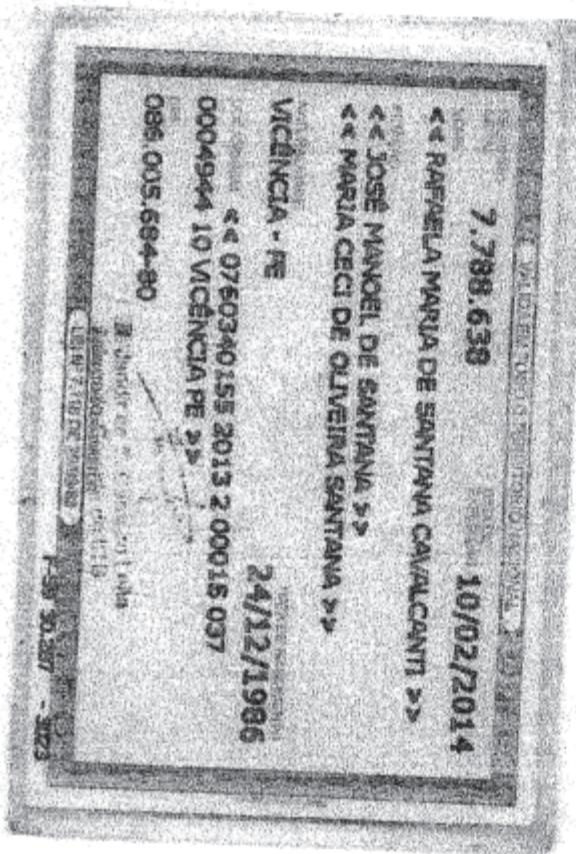
Dígito Verificador: 00

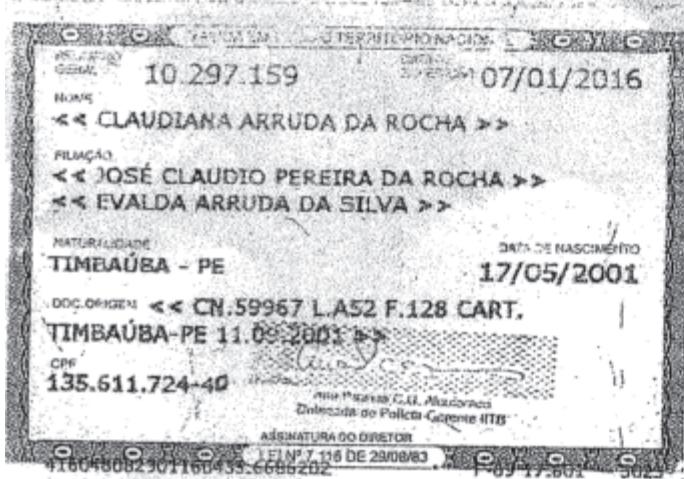


Comprovante emitido às: 08:58:51 do dia 08/06/2018 (hora e data de Brasília).

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









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

Dígito 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

