



Hospital de
Espinheiro
Transparência
Unidade A.1.1.1

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

NºPedido: 8313269

Data 23/02/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 8836383 RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Nascimento.: 17/01/2006 Sexo: F RG.: 0 SSP PE CPF.: 08684122445

Endereco...: R R CINCO 106 CENTRO RIO FORMOSO RIO FORMOSO PE 55570000 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 80514007591006011

Solicitante: Dr(a) EULINO ALVES COUTIN

Queixa Principal:

Exame:

RX BRACO (MENTRO SUPERIORES)

!2%^s48"

1502801721

RELATÓRIO:

- Fratura distal do úmero.

GILBERTO MOURA DE BRITO - CRM 5416-PE

Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 921040
Nome: Renata Vitoria de S. Maciel
Foi atendido às _____ hs. do dia 16/01/18
Diagnóstico Provável: Fratura de tíbia
direita.

Tratamento Realizado: Análise física e
radiológica + imobilização
com gesso de tratamento com
revedor.

Observação: Retorno semanal ao am-
bulatorio de ortopedia.

Cópia de: _____

Dr. Tiago Moura
CRM 100005
Médico 26/18
Nº _____

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

Cód. 0157



RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL

SOLICITO 01 ORTESE DE SARMIENTO PARA FRATURA DIAFISE UMERO DIREITO

1/3 14/02/2018

HAPCLINICA RECIFE-RUA DO ESPINHEIRO/RECIFE, 23.02.2018

ALEXANDRE GONCALVES
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PE 13208
SBOT-246

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 921040

Nome: Renata Vitoria da Lira Rami

Foi atendido às 16:14 hs. do dia 16/02/18

Diagnóstico Provável: Politraumatismo

- TCE grau

- fratura do tórax D

Tratamento Realizado: Visto pelo Neurocirurgião e
pelo Traumatologista observando a evolução

Observação: alta 17/02/18 às 13:50h

Cópia de: _____


Médico - CRM Nº _____

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

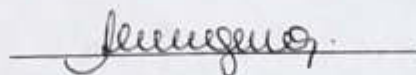
Cód. 0157

LAUDO

O paciente **RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL**, portadora do CPF n. 086.841.224-45, chegou a este serviço de fisioterapia, com fratura umeral em braço direito. A mesma realizou 40 (quarenta) sessões de fisioterapia, no período de março/2018 a julho/2018, recebendo alta deste serviço. Porém apresenta sequela no braço como calo ósseo umeral e redução de ADM em articulação do cotovelo.

Referência: CID-10 S42

Rio Formoso, 15 de julho de 2018.



Kláugene Gaudêncio
Fisioterapeuta
CREFITO 159063-F

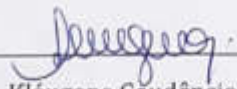
LAUDO

A paciente RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL, chegou a este serviço de fisioterapia, com fratura umeral em braço direito após acidente automobilístico. A mesma realizou 20 (vinte) sessões de fisioterapia, no período de 14.03.2018 a 23.05.2018, recebendo alta deste serviço. Porém, apresenta sequela no braço como calo ósseo e deformidade instalada.

Sendo assim, encaminho o mesmo para reavaliação com o ortopedista..

Referência: CID10-S42

Rio Formoso, 22 de junho de 2018.



Kláugene Gaudêncio

Fisioterapeuta

Fl. Kláugene Gaudêncio
Fisioterapeuta
CREFITO 159063-F



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 921040/2018

NOME: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL.

Foi atendido às 16h11 do dia 16.01.2018.

Diagnóstico provável: Falta de sono

Transtorno de ansiedade

(de acordo com o histórico)

Tratamento realizado: Clonazepam + Medicação de suporte

TAC cerebral

Dr. Marcelo e equipe, Dr. Lúcia, Dr. André

Obs. Relato de sono - 17/01/18

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

Cópia de Prontuário Médico em 2111119.

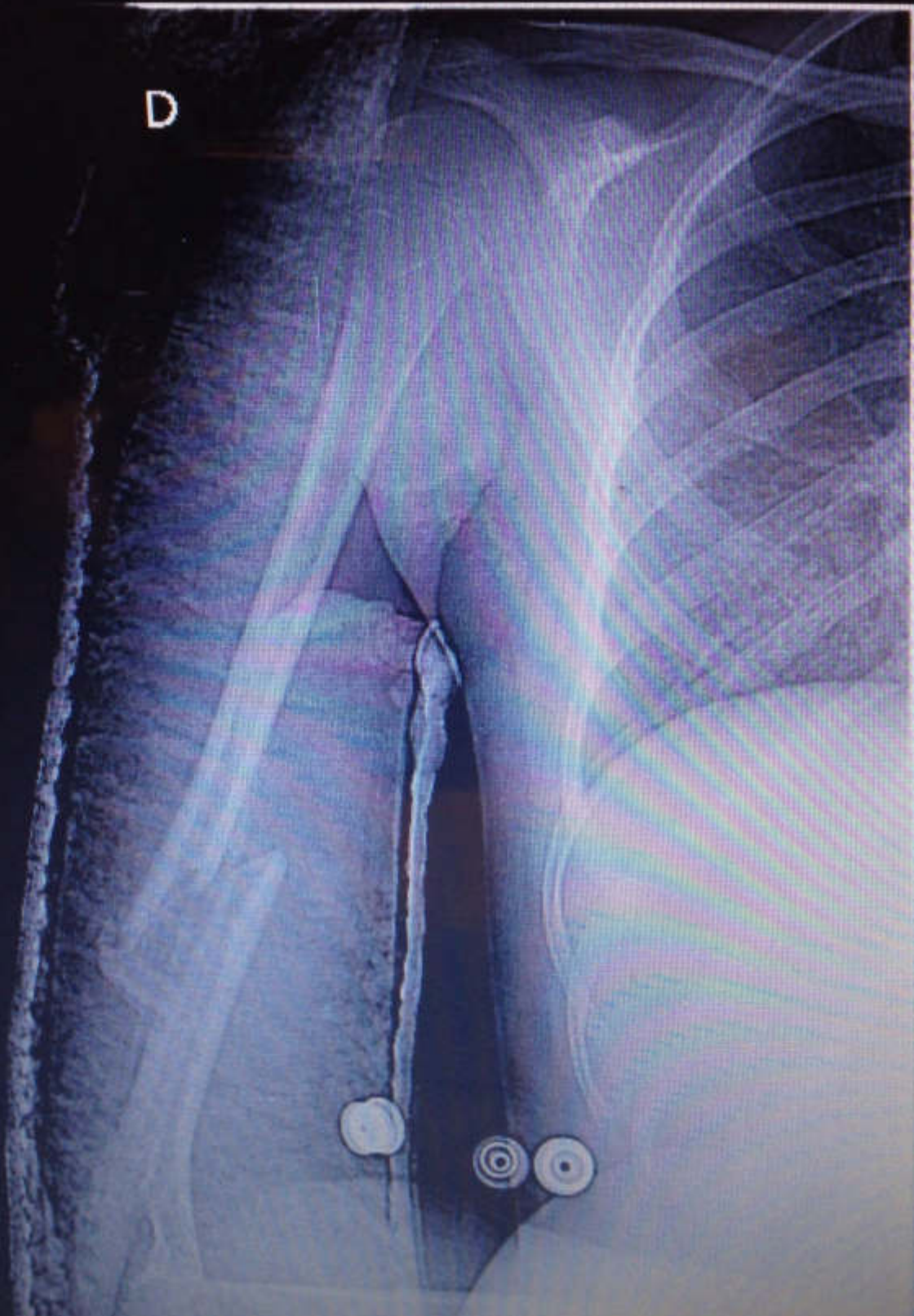
SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico do SANE
CRM: 9946

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

SEXO: F

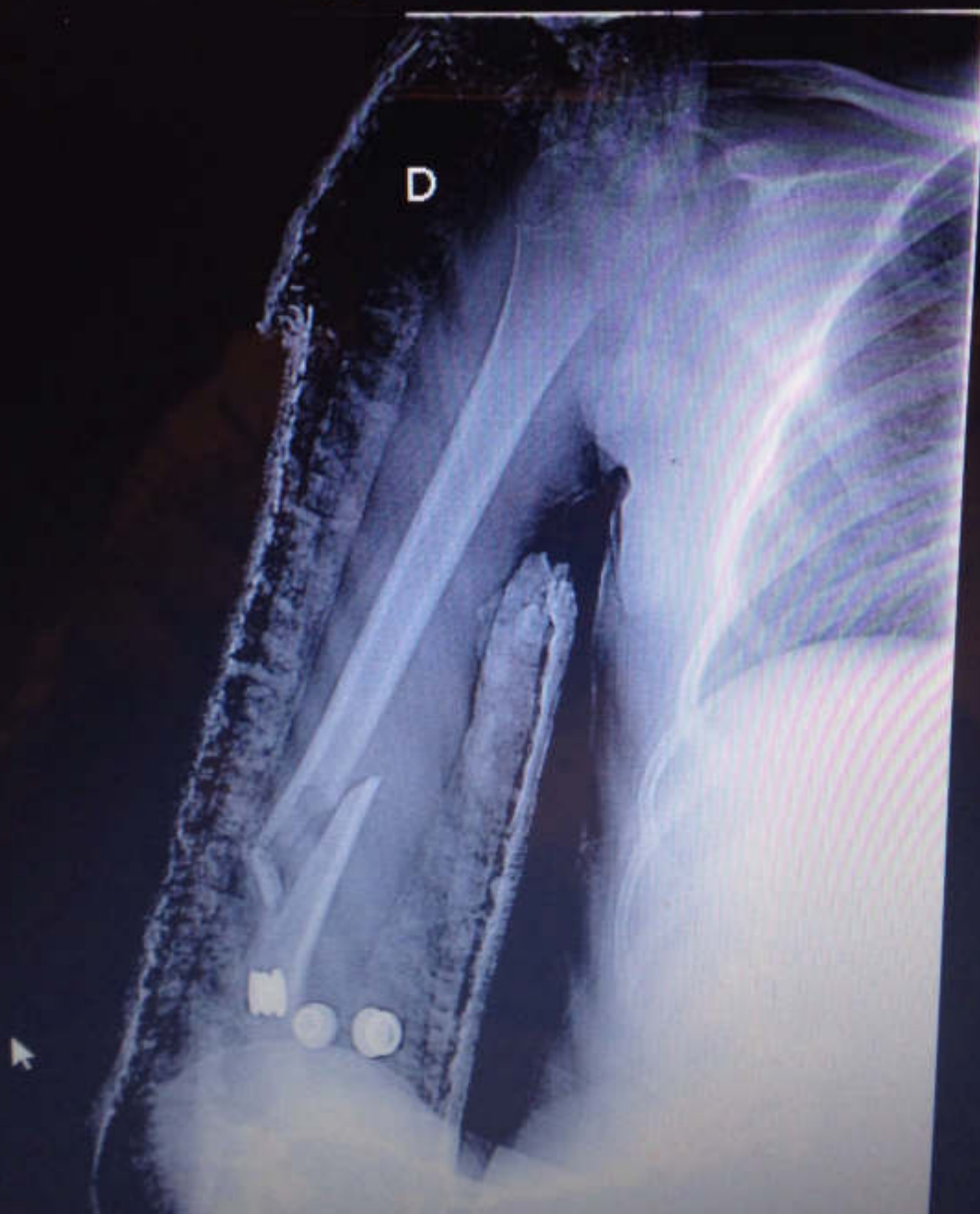
DATA DO EXAME: 23/02/2018



RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

SEXO: F

DATA DO EXAME: 23/02/2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.800.575 DATA DE EMISSÃO 10/09/2013

RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL >>

RENATO RODRIGO DE SANTANA MACIEL >>

LEILIANE MARIA GOMES DA SILVA >>

RIO FORMOSO - PE DATA DE NASCIMENTO 17/01/2006

065.841.224-48

ESTADO DE PERNAMBUCO 07-R-50

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

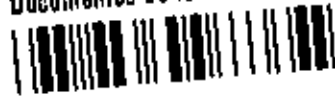
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Renata Vitória Silva Maciel




Documentos de Identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.800.575 DATA DE EMISSÃO 10/09/2013

RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL >>

RENATO RODRIGO DE SANTANA MACIEL >>

LEILIANE MARIA GOMES DA SILVA >>

RIO FORMOSO - PE DATA DE NASCIMENTO 17/01/2006

065.841.224-48

ESTADO DE PERNAMBUCO 07-R-50

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Renata Vitória Silva Maciel




VALIDO EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487733473
PROIBIDO PLASTIFICAR

AMARO ALVES MACIEL FILHO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1983522 SSP PE

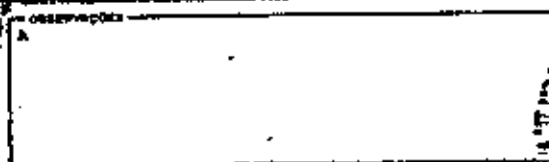
CPF 234.059.964-69 DATA NASCIMENTO 18/06/1957

PRACÇÃO
AMARO ALVES MACIEL

MARIA ALVES MACIEL

ESTADO CIVIL: CASADO ACAT. NASC: AS

INSCRIÇÃO 02567396303 VALIDADE 17/11/2022 1ª EMISSÃO 14/12/1997



Amaro Alves Maciel Filho
Assinatura do Portador

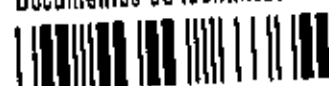
LOCAL DATA EMISSÃO
PALMARES, PE 27/11/2017

Carlos Antônio Soares Costa
Diretor-Próximo
Assinatura do Emissor

63495779620
PE002316490

PERNAMBUCO

Documentos de Identificação





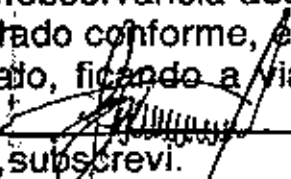
PODER JUDICIÁRIO DE PERNAMBUCO

JUIZO DE DIREITO DA COMARCA DE RIO FORMOSO

FORUM GOV. AGAMENON MAGALHÃES,
Praça Agamenon Magalhães 23, Centro, Rio Formoso-PE

Expediente nº 2008.0907.001453

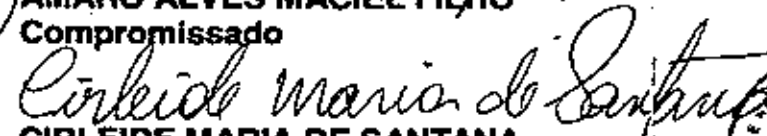
- TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA -

Aos 10 (dez) dias do mês de abril do ano dois mil e oito (2008), nesta cidade e Comarca de Rio Formoso, Estado de Pernambuco, pelas 11:45 horas, onde presente se achava o Exmº. Sr. Dr. **FÁBIO MELLO DE ONOFRE ARAÚJO**, Juiz de Direito desta Comarca, comigo Chefe de Secretaria a seu cargo no final assinado, compareceram **AMARO ALVES MACIEL FILHO**, brasileiro, solteiro, eletricitista, alfabetizado, portador do RG nº 1.983.522-SSP/PE, CPF nº 234.059.964-49, e sua companheira **CIRLEIDE MARIA DE SANTANA**, brasileira, solteira, professora, portadora do RG nº 3.029.967-SSP/PE, CPF nº 507.834.244-34, residentes e domiciliados na Rua 05, nº 106, Loteamento Cohab, neste município, os quais prestaram o compromisso – deferido pelo MM. Juiz de Direito nos autos da Ação de Guarda nº 441.206.000497-0, de bem e fielmente exercerem a **GUARDA DEFINITIVA** da menor **RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL**, brasileira, nascida em 17.01.2006, filha de Renato Rodrigo de Santana Maciel e de Leiliane Maria Gomes da Silva. Aceito pelos compromissados, prometeram os mesmos cumprirem na forma deferida e com observância aos preceitos legais. Nada mais havendo, após lido e achado conforme, encerro o presente termo, que vai devidamente assinado, ficando a via original no livro próprio desta Secretaria. Eu,  (José Ricardo Silva Brandão) Chefe da Secretaria, subscrevi.

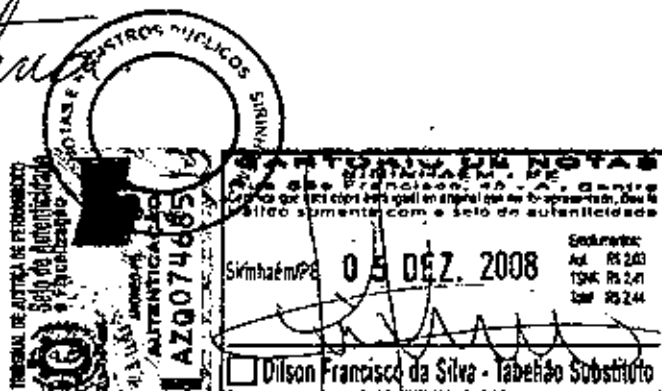
Dr. Fábio Mello de Onofre Araújo
Juiz de Direito


AMARO ALVES MACIEL FILHO

Compromissado


CIRLEIDE MARIA DE SANTANA

Compromissada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
1º DISTRITO



Maria das Neves Santos Ferreira Barros
Escritã

José Marcos de Barros
Escritor Substituto

ESTADO DE PERNAMBUCO

Rio Formoso - Pernambuco

COMARCA DE RIO FORMOSO

MUNICÍPIO DE RIO FORMOSO

NASCIMENTO Nº 4.113

Eu, Maria das Neves Santos Ferreira Barros, Oficial do Registro Civil, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 235 do livro Nº A-21 do registro de nascimento, foi feito hoje o assento de "RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL"

X.X.X.X

X.X.X.X

X.X.X.X

nascid a aos Dezesete (17) de Janeiro
de dois mil e seis (2006) às 9:20 horas
em Maternidade nesta cidade do Rio Formoso, estado de Pernambuco

X.X.X.X

do sexo Feminino

filha de Renato Rodrigo da Santana Maciel

natural de Pernambuco

e dona Leiliane Maria Gomes da Silva

natural de Pernambuco

sendo avós paternos Amaro Alves Maciel Filho

e Cirleide Maria de Santana

e avós maternos José Amaro Gomes da Silva

e Silvania Maria Gomes da Silva

foi declarante O Genitor

e serviram de testemunhas X.X.X.X X.X.X.X

e X.X.X.X X.X.X.X X.X.X.X

Observação:

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

SELO

Autenticidade e Fiscalização

CERTIDÃO

ABS 81473

USANDO SOMENTE COM O Selo de
AUTENTICIDADE e FISCALIZAÇÃO



Registro de acordo com a lei n.º 9.534/97 de 10 de dezembro de 1997.

O referido é verdade e dou fé.

Rio Formoso, 31 de Janeiro de 2006

Maria das Neves Santos Ferreira Barros



PODER JUDICIÁRIO DE PERNAMBUCO

JUIZO DE DIREITO DA COMARCA DE RIO FORMOSO
FORUM GOV. AGAMENON MAGALHÃES,
Praça Agamenon Magalhães 23, Centro, Rio Formoso-PE

Expediente nº 2008.0907.001453

- TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA -

Aos 10 (dez) dias do mês de abril do ano dois mil e oito (2008), nesta cidade e Comarca de Rio Formoso, Estado de Pernambuco, pelas 11:45 horas, orde presente se achava o Exmº. Sr. Dr. **FÁBIO MELLO DE ONOFRE ARAÚJO**, Juiz de Direito desta Comarca, comigo Chefe de Secretaria a seu cargo no final assinado, compareceram **AMARO ALVES MACIEL FILHO, brasileiro, solteiro, eletricitista, alfabetizado, portadordo RG nº 1.983.522-SSP/PE, CPF nº 234.059.964-49, e sua companheira CIRLEIDE MARIA DE SANTANA, brasileira, solteira, professora, portadora do RG nº 3.029.967-SSP/PE, CPF nº 507.834.244-34, residentes e domiciliados na Rua 05, nº 106, Loteamento Cohab, neste município, os quais prestaram o compromisso - deferido pelo MM. Juiz de Direito nos autos da Ação de Guarda nº 441.206.000497-9, de bem e fielmente exercerem a GUARDA DEFINITIVA da menor **RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL, brasileira, nascida em 17.01.2006, filha de Renato Rodrigo de Santana Maciel e de Leiliane Maria Gomes da Silva. Aceito pelos compromissados, prometeram os mesmos cumprirem na forma deferida e com observância aos preceitos legais. Nada mais havendo, após lido e achado conforme, encerro o presente termo, que vai devidamente assinado, ficando a via original no livro próprio desta Secretaria. Eu, _____ (José Ricardo Silva Brandão) Chefe da Secretaria, subscrevi.****

Dr. Fábio Mello de Onofre Araújo
Juiz de Direito

Amaro Alves Maciel Filho
AMARO ALVES MACIEL FILHO
Compromissado

Cirleide Maria de Santana
CIRLEIDE MARIA DE SANTANA
Compromissada



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
873244580

PROIBIDO PLASTIFICAR
873244580

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JEIMISON JOSE NERI DE LIRA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6312850 SSP PE

CPF
049.520.594-05

DATA NASCIMENTO
10/03/1985

FILIAÇÃO
FLAVIO GOMES DE LYRA
YARACI NERI DE LYRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03199667329

VALIDADE
14/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/02/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
14/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

25661270788
PE059279494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012237810267

36264624054
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

1

CON RENAVAM

1085953111

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

CIRLEIDE MARIA DE SANTANA
RUA CINCO 105
CASA CENTRO
RIO FORMOSO-PE

55570-000

CPI/CAP

507.834.244-24

PLACA

PDG1935

NOME ANTERIOR

BREMEN VEÍCULOS LTDA

PLACA ANT/UF

CHASSI

9BWAB45Z2G4070346

ESPECIE TIPO

PAS /AUTOMÓVEL

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASO

MARCA/MODELO

VW/NOVO FOX CL MB

ANO FAB

2016

ANO MOD

2016

CAP/POT/CIL

5P/104CV/1598CL
20165950

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRATA

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO PAN SA
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
CARTE EM LOCAL SEGURO

LOCAL

RIO FORMOSO-PE

DATA

07/05/18

Charles Anderson Souza Ribeiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282842/18

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

CPF: 086.841.224-45

Data do Acidente: 16/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AMARO ALVES MACIEL FILHO : 234.059.964-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/07/2018
Nome: AMARO ALVES MACIEL FILHO
CPF/CNPJ: 234.059.964-49

Data do cadastramento: 02/08/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

AMARO ALVES MACIEL FILHO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Outros



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential, its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

• Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu AMARO ALVES MACIEL FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 234059364 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL inscrito (a) no CPF sob o Nº 086 841 224 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL inscrito (a) no CPF sob o Nº 086 841 224 /, 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 LÍNGO</u>		Número <u>106</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>COMAG</u>	Cidade <u>RIO FORMOSO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55570000</u>
Email <u>amaros21@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Rio Formoso, 12 de JULHO de 2018
Local e Data

Amaro Alves Maciel Filho
Assinatura do Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE, FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS DIREITO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, TEM MOBILIDADE ARTICULAR DE OMBRO E COTOVELO PRESERVADAS, DEFICIT DE FORÇA RESIDUAL DO MEMBRO, COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR. CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE, FISIOTERAPIA EVOLUI COM DEFICIT DE FORÇA DO MEMBRO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE, FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS DIREITO

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, TEM MOBILIDADE ARTICULAR DE OMBRO E COTOVELO PRESERVADAS, DEFICIT DE FORÇA RESIDUAL DO MEMBRO, COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR. CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE, FISIOTERAPIA EVOLUI COM DEFICIT DE FORÇA DO MEMBRO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200019085 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE Amaro Alves Maciel Filho

Brasileiro (a), estado civil casado, profissão Engenheiro

Residente e domiciliado à Rua Limão

Nº 306, Bairro Centro Município de Rio Formoso

Estado de Pernambuco CEP 55.540-000 Portador (a) do

RG Nº 1.983.522 SSP/ PE e CPF Nº 234.059.964-49

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Renata Victoria da Silva Maciel

ocorrido em 16 / 01 / 2018 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Boqueiros, 18, primeiro de 20 19.

Amaro Alves Maciel Filho
OUTORGANTE

CPF Nº 234.059.964.49

 **SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL**
de Rio Formoso - PE
TITULAR: MÁRCIO GONZALEZ LEITE
Rua Pedro de Albuquerque, s/n - Centro
Rio Formoso-PE
E-mail: ca@serventiape@gmail.com

Reconheço por Autenticidade a firma AMARO ALVES MACIEL FILHO; Dou fé. RIO FORMOSO/PE 09/04/2019. Emol.: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,80; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. TOTAL: R\$ 4,79; IVÂNIA FABRICIA DE SOUZA Escrevente autorizado Renata Selo: OC73833.FSM03201902.00924 de autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

 **SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL**
de Rio Formoso, PE
Renata Victoria da Silva Maciel
Escrevente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016635/20

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

CPF: 086.841.224-45

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

AMARO ALVES MACIEL FILHO : 234.059.964-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200019085
Nome do(a) Examinado(a): Renata Vitoria da Silva Maciel
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 5, 106575
Centro Rio Formoso PE CEP: 55570-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9800
Data local do acidente: [16/01/2018]
Data local do exame: [24/01/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE LEVE, FRATURA DIAFISARIA DE UMEMO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM DEFICIT DE FORÇA DO MEMBRO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, TEM MOBILIDADE ARTICULAR DE OMBRO E COTOVELO PRESERVADAS, DEFICIT DE FORÇA RESIDUAL DO MEMBRO, COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR. CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE GRAU RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019085

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMARO ALVES MACIEL FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019085

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AMARO ALVES MACIEL FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200019085

Vítima: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMARO ALVES MACIEL FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **AMARO ALVES MACIEL FILHO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000002541-0**

Conta: **000010010517-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 086 841 224-45	Nome completo da vítima RENATA VITÓRIA DA SILVA MAGIEL
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo AMARO ALVES MAGIEL FILHO		CPF titular da conta 23405996443		Profissão	
Endereço RUA CINCO		Número 106		Complemento CASA	
Bairro COARAB	Cidade Rio Formoso	Estado PE		CEP 55570000	
Email amaro21@hotmail.com				Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V				BANCO Nome NRO.			
(Informar dígito se existir)				BANCO DO BRASIL 001			
(Informar dígito se existir)				AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V			
(Informar dígito se existir)				2541-0 10517 1			
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			

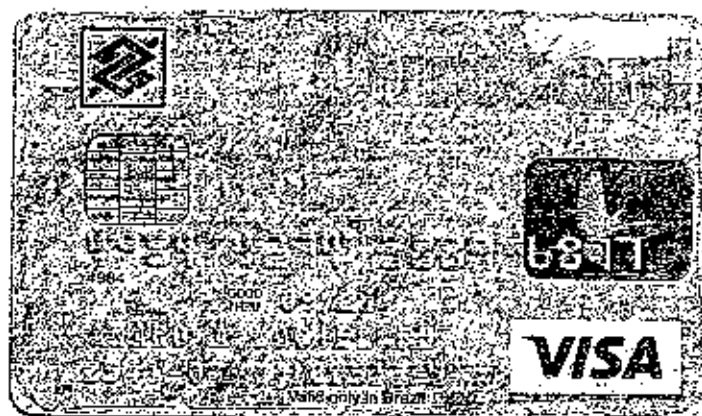
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Autorização de pagamento



Rio Formoso 19 de Julho de 2018
Local e Data

Renata Vitória da Silva Magiel Amaro Alves Magiel Filho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Ourocard



4984 4274 8956 3574

VÁLIDO
ATE 01/24

AFARO A EACIEL FH

2541-0

10.517-1

Valid only to Brazil

VISA



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
J-265/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐



16/01/18
12:40

Município	TAMANDARÉ	Rodovia	FE-060	Rm	
Ponto de Referência	ENGENHO BOM JARDIM	Data	16/01/18		
Dia da Semana	TERÇA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	11:30	Hora/Cheg./Pr	12:40

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Poste, Árvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira	Muro, Casa	Saída da Pista
			Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE		IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL 01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFARO	
Longo da Via	X	Seca		Bom		Manhã	X	S/Defeito	
Cruzamento		Molhada	X	Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite		Desligado	
		Olcada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Parc"	MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre	Placa "Dê a Pref."	Única		Faixa Contínua	
F.Retenção	Não há Placas	Dupla	X	Canteiro Central	
				Blocos	
				Outros	X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	V1
Não foi Realizado	V1	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

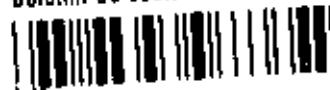
Proprietário	PARTE DA CERCA DE ESTACAS E ARAME DA CITADA PROPRIEDADE	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias		

ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO- PE
Titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY
Telefone: (61) 36761-238

Cópia autenticada, conforme original, deu fé.
test. da verdade, RIO FORMOSO-PE, Perdo, 33.
Emel: 99 TSNR: 0,66 Total: 3,98.
HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY
Escrivente Autorizado

Selo: 0073833-JDJ04201802.00468 08/06/2018 11:14:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Boletim de ocorrência



VIII - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	V1	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V1
De tração animal		Tracção		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01									
Marca	VW	Modelo	FOX	Ano	2016	Renavam		Placa	PDG-1935
Município		Nº do Chassis	9BWAB45Z2G4070346	Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário									
Residência									
Município		Rg.		Org. Exp.		Bairro			
Condutor	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL								
Residência		RUA 05 Nº 106				Bairro		063.293.274-08	
Município	RIO FORMOSO	Rg.		Org. Exp.		CIC.		063.293.274-08	
CNH/Pront./ Nº	04746462740	Categoria	AB	Validade	19/07/22	Hora/Dir.		10 MIN	

VEÍCULO - 02									
Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		Nº do Chassis		Veículo de Carga nº de Eixo					
Carregado		Apreendido		Liberado		Evadiu - se			
Proprietário									
Residência									
Município		Rg.		Org. Exp.		Bairro			
Condutor						CIC.			
Residência									
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.			
CNH/Pront./ Nº		Categoria		Validade		Hora/Dir.			

TESTEMUNHA - 01									
Nome				Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro					
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CIC.			

TESTEMUNHA - 02									
Nome				Idade		Sexo		Profissão	
Residência				Bairro					
Município		U.F.	Rg.	Org. Exp.		CIC.			

VÍTIMA - 01									
Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL			Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais	
Estado Civil		Idade		Sexo	MASC	Nacionalidade		Pedestre	
Profissão	GM/RIO FORMOSO	Residência					Bairro		
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.		063.293.274-08	
Socorrido	SAMU PARA O HOSPITAL DE TAMANDARÉ					Município			
Dados Fornecidos Por	PAI DA VÍTIMA								
Residência						Bairro			
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.			

VÍTIMA - 02									
Nome	RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL			Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais	
Estado Civil		Idade	12	Sexo		Nacionalidade		Pedestre	
Profissão		Residência					Bairro		
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.			
Socorrido	SAMU PARA O HOSPITAL DE TAMANDARÉ					Município			
Dados Fornecidos Por	AVÔ DA VÍTIMA								
Residência						Bairro			
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.			

ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO

Titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY

Telefone: (81) 36781-238

Cópia autenticada conforme original - deu feição
test. da verdade: RIO FORMOSO-PE, 08/06/2018
Emol: 2,25 TENR: 0,66 Total: 3,98
HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY
Escritor Autorizado

Selo: 0073633.VTWD4201002.00469 08/06/2018 11:14:05
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/eselodigital



1015
DE 10 - MUNICÍPIO DE RIO FORMOSO
PREFEITA - 020047
MUNICÍPIO DE RIO FORMOSO



XII - INFRACÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162.I CTB)		Deixar de Prestar Inform. s/ acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. s/ Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens. do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Álcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ilég. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado
2. Comunicado à Delegacia de			Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência			Matrícula
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matrícula
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM MORGANA	Of. Chefe da SSTA	TEN PM MIGUEL



ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO-PE
 Titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY
 Telefone: (01) 38781-738

Cópia autenticada conforme original dou fã. Em
 test. da verdade. RIO FORMOSO-PE. Fato: 0,33
 Enol: 2,09 TENR: 0,66 Total: 3,98. GUSTAVO
 HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY
 Escrevente Autorizado

Selo: 0073833.NBY04201802.00470 08/06/2018 11:14:05
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Confira com o original que a
 foi apresentada.

Data: 24 / 01 / 18
 SD PM 112345-1 Q&C

[Handwritten signature]

IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas	
Ônibus, Caminhão ou Trator -	
Trem -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -	
Pedestre	
Animal -	
Objeto Fixo	

Incêndio -	
Marcha à frente -	
Marcha à Ré -	
Derrapagem -	
Capotamento ou Tombamento -	
Local da colisão -	
Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



UNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO- PE
 Titular: ELIO DE SOUZA WANDERLEY
 Telefone: (81) 3681-238

Cópia autenticada confirma original dou 14. Em
 test. da verdade. RIO FORMOSO-PE. Fato: 0,33
 Emol: 2,98 TSNR: 0,66 Total: 3,98. GUSTAVO
 HENRIQUE DA SILVA WANDERLEY

Escritor Autorizado

Selo: 0073833.HYX04201802.00471 08/06/2018 11:14:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

PMPE - DGO - CPE - BPRV

Batallão Cel. Manoel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

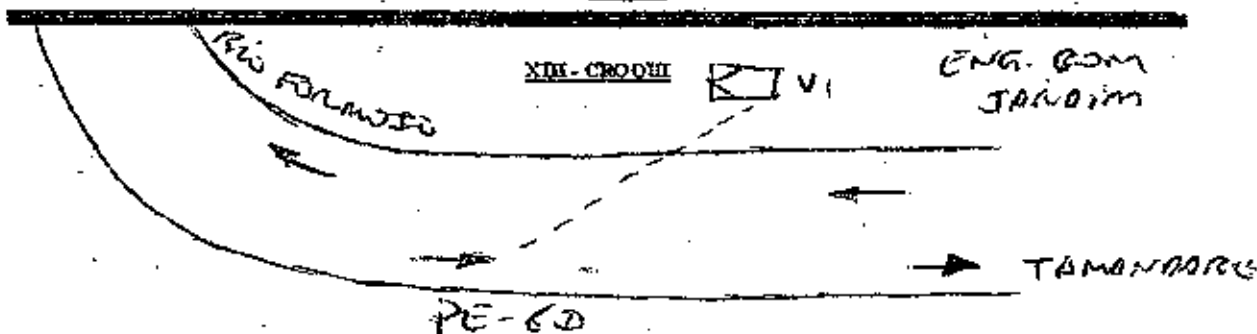
K-265/18

Dirigir B/CNH (Art. 162, I, CTB)
 Conduzir veic. s/ doc. Part obrig (Art. 231 CTB)
 Conduzir veic. s/ doc. Parte obrig (Art. 231 CTB)
 Dirigir sob influência álcool (Art. 165 CTB)
 Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)
 Deixar de adotar prev. Evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)
 Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176 III CTB)
 Deixar de remover veic. Qdo Detam (Art. 176 IV CTB)

VI V2

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

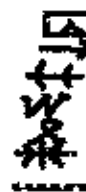
Deixar de prestar inform. B (Art. 176, v. CTB)
 Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176 CTB)
 Conduzir veic. s/ placa violada (Art. 230, I CTB)
 Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV CTB)
 Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230 VI CTB)
 Conduzir veic. Alter De caract. (Art. 230, VII CTB)
 Conduzir veic. Defeito equip. obrig (Art. 230 IX)
 Outras



XIV - SIMBOLOGIA



Automóvel e outros veículos de 4 rodas
 Ônibus, Caminhão e Trem
 Trem
 Veículo de 2 ou 3 Rodas
 Pedestre
 Animal
 Objeto Fixo



Incêndio
 Marcha à Frente
 Marcha à Ré
 Derrapagem
 Copoamento ou Tombamento
 Local da Colisão
 Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

AMASSAMENTO → EM TORO CAMPOCE-
 RA.
 QUEBRAMENTO → TODAS AS VÍDRAS
 EMRENDAMENTO → AS COLUNAS AS COLUNAS

VEÍCULO - 02

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Nome do receptor da ocorrência:

Hora:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA

NOME:

ROGERIO

ASS:

J. B. L. L.

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
J-265/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐



Município	TAMANDARÉ	Rodovia	PE-060	Km	
Ponto de Referência	ENGENHO BOM JARDIM	Data	16/01/18		
Dia da Semana	TERÇA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	11:30	Hora/Cheg./Pr	12:40

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Poste, Arvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira	Muro, Casa	Saída da Pista
			Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEIC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE		IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL 01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFARO	
Longo da Via	X	Seca		Bom		Manhã	X	S/Defeito	
Cruzamento		Molhada	X	Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite		Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	Placa "Dê a Pref."	MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA		
			Única	Dupla	X	Faixa Contínua	Canteiro Central
						Blocos	
						Outros	
F. Pedestre		Não há Placas					
F. Retenção							

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	V1
Não foi Realizado	V1	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	PARTE DA CERCA DE ESTACAS E ARAME DA CITADA	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	PROPRIEDADE	



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PE
TITULAR: MARCIO GONZALEZ LEITE

Rua Pedro de Albuquerque, s/n - Centro
Rio Formoso - PE
E-mail: carmonaleite@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentada a qual autentico e dou fé. Rio Formoso - PE - 18/06/2019 13:08:24
Encl. R\$ 3,00, FERM R\$ 0,03, FUNSEG R\$ 0,07, TSNR R\$ 0,68, FERC R\$ 0,34 TOTAL: 4,19 IVÂNIA FERNANDA DE LIMA SILVA - escrevente autorizado
Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital
Selo: 0073833.CZD06201901.00340

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PE
Escrevente

Processo em 01/02/18
RKP

VIII - VEICULOS

QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI	Passageiro	V1	Oficial	V1
De Propulsão Humana		Carga		Particular	
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01									
Marca	VW	Modelo	FOX	Ano	2016	Renavam		Placa	PDG-1935
Município		Nº do Chassis	9BWAB45Z2G4070346				Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário									
Residência									
Município		Rg.		Org. Exp.		Bairro			
Condutor	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL								
Residência	RUA 05 Nº 106								
Município	RIO FORMOSO	Rg.		Org. Exp.		Bairro	063.293.274-08		
CNH/Pront./ Nº	04746462740	Categoria	AB	Validade	19/07/22	Hora/Dir.	10 MIN		

VEÍCULO - 02									
Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município		Nº do Chassis					Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido		Liberado		Evadiu - se			
Proprietário									
Residência									
Município		Rg.		Org. Exp.		Bairro			
Condutor									
Residência									
Município		UF	Rg.	Org. Exp.		CIC.			
CNH/Pront./ Nº		Categoria		Validade		Hora/Dir.			

TESTEMUNHA - 01									
Nome					Idade		Sexo		Profissão
Residência					Bairro				
Município	UF	Rg.		Org. Exp.		CIC.			

TESTEMUNHA - 02									
Nome					Idade		Sexo		Profissão
Residência					Bairro				
Município	UF	Rg.		Org. Exp.		CIC.			

VÍTIMA - 01									
Nome	DAVID RODRIGO DE SANTANA MACIEL				Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil		Idade		Sexo	Motorista	X	Passageiro		Pedestre
Profissão	GM/RIO FORMOSO	Residência					Nacionalidade		Naturalidade
Município		UF	Rg.		Org. Exp.		CIC.	063.293.274-08	
Socorrido	SAMU PARA O HOSPITAL DE TAMANDARÉ				Município				
Dados Fornecidos Por	PAI DA VÍTIMA								
Residência									
Município	UF	Rg.		Org. Exp.		Bairro			

VÍTIMA - 02									
Nome	RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL				Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil		Idade	12	Sexo	Motorista		Passageiro	X	Pedestre
Profissão		Residência					Nacionalidade		Naturalidade
Município		UF	Rg.		Org. Exp.		CIC.		
Socorrido	SAMU PARA O HOSPITAL DE TAMANDARÉ				Município				
Dados Fornecidos Por	AVÔ DA VÍTIMA								
Residência									
Município	UF	Rg.		Org. Exp.		Bairro			

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PE
TITULAR: MARCIO GONZALEZ LEBE
Rua Pedro de Albuquerque, s/n - Centro
Rio Formoso - PE
E-mail: cartoriorioformoso@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentada a qual autentico e dou fé. Rio Formoso - PE - 19/06/2019 13:04:24
Escr. R\$ 3,00, FERM. R\$ 0,03, FUNSEG R\$ 0,07, TSMR R\$ 0,68, FERC R\$ 0,34 TOTAL: 4,12 IVÂNIA
IVÂNIA LIMA SILVA - escrevente autorizado
Consulte autenticidade em:
www.tjpe.jus.br / selodigital
Selos: 0073833.AVD06201901200341

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PE
IVÂNIA LIMA SILVA
Escrevente



DE PE - MUNICÍPIO DE RIO FORMOSO
NOTARIAL - 112004-7
MUNICÍPIO DE POLÍCIA NOTARIAL

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s' acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trans. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s' Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trans. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar		Particular		Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de						Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência					Matricula	
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matricula	29244-3	NOME	ROGÉRIO
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM MORGANA			Of. Chefe da SSTA	TEN PM MIGUEL	

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso - PE
TITULAR: MARCO GONZALEZ LEITE
Rua Pedro de Albuquerque, s/n - Centro
Rio Formoso-PE
E-mail: cartorionaleite@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentada a qual autentico e dou fé. Rio Formoso - PE - 18/06/2019 13:08:24
Encl. R\$ 3,00, FERM R\$ 0,03, FUNSEG R\$ 0,07, TERN R\$ 0,68, FERC R\$ 0,34 TOTAL: 4,12 IVANIA
LIMA-SILVA - escrevente autorizado
Consulte a autenticidade em:
www.tjpa.us.br/selodigital
Selos: 0073833.15E06201901.00342

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
de Rio Formoso-PE
Ivânia L. de Silva
Escritório



Confiro com o original que
foi apresentado
Data: 18/06/2019
SD PM 112344-3 RG 15

IV - SIMBIOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

FMPE - DGO - CPE - BPRV

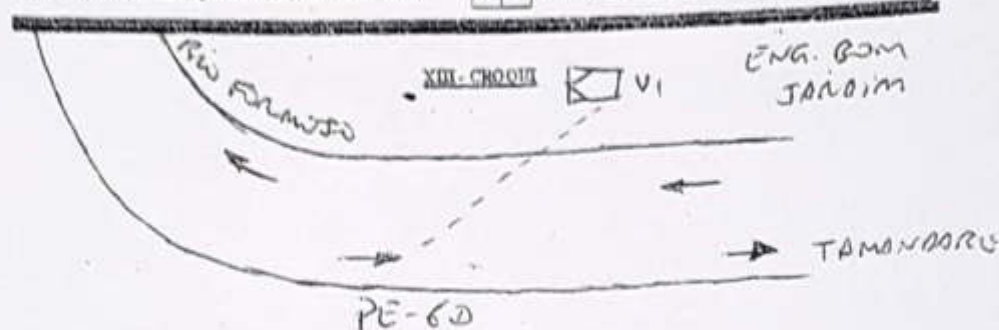
Batidão Cel. Manoel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

K-265/18

VI	V2	
☐	☐	Deixar de prestar inform. N (Art. 176, V, CTB)
☐	☐	Desob. Ordem de Agente Trans. (Art. 195 CTB)
☐	☐	Conduzir veic. v/ infra. violada (Art. 230, I CTB)
☐	☐	Conduzir veic. v/ placa (Art. 230, IV, CTB)
☐	☐	Conduzir veic. v/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)
☐	☐	Conduzir veic. v/ Alter. De carter. (Art. 230, VII, CTB)
☐	☐	Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
☐	☐	Outras



XIV - SIMBOLOGIA

	Automóvel e outros veículos de 4 rodas		Incêndio
	Ônibus, Caminhão e Trator		Marcha à Frente
	Trem		Marcha à Ré
	Veículo de 2 ou 3 Rodas		Desvio de Via
	Pedestre		Capotamento ou Tombamento
	Animal		Local da Colisão
	Objeto Fixo		Depois da Colisão

FOX

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1
AMASSAMENTO → EM TORO CARROCE -
 RIA.
QUEBRAMENTO → TOROS OS VÍDEOS
EMRENDAMENTO → OS TOROS AS COLUNAS

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
 de Rio Formoso - PE
 TITULAR: MÂRCIO GONÇALVES LEITE

Rua Padre de Albuquerque, 141 - Centro
 Rio Formoso-PE
 E-mail: carterformosa@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentada a qual autentico e dou fe. Rio Formoso - PE - 18/06/2019 13:08:24
 Enol. R\$ 3,00, FERN. R\$ 0,03, FUNSEG. R\$ 0,07, TSNA. R\$ 0,68, FERC. R\$ 0,34 TOTAL: 4,11 IVÂNIA
 FERNANDA DE LIMA SILVA - escrevente autorizado
 Consulte autenticidade em:
 www.tjpe.jus.br/selddigital
 Selo: 0073833.DQ06203901.00344

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL
 de Rio Formoso-PE
 Lúcia F. de S. Silva
 Escrevente

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar ☐ Particular ☐ Não efetuado ☐

2 - Comunicado à Delegacia de: _____ Hora: _____
 Nome do receptor da ocorrência: _____ Matricula: _____

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA.	NOME:
K-265/18	1-SGT-PM	29244-3	ROGERIO
			ASS.: B. B. Lima V. M.

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <u>RENATA VITÓRIA DA SILVA MACIEL</u>	CPF da Vítima <u>086841224-45</u>	Data do Acidente <u>16/01/2018</u>
--	--------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>AMARO ALVES MACIEL FILHO</u>	CPF do Representante legal <u>23405996449</u>
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Declaração de Inexistência de IML



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

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

Pio Fomoso, 19 de julho de 2018
Local e Data

Renata Vitória da Silva Maciel
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Amaro Alves Maciel Filho
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 086.841.224-45 4 - Nome completo da vítima: Renata Lúcia da Silva Maciel

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Renata Lúcia da Silva Maciel 6 - CPF: 086.841.224-45
7 - Profissão: Não Possui 8 - Endereço: Rua Cinco 9 - Número: 106 10 - Complemento: com
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Rio Vermelho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55570-000
15 - E-mail: administrativ@flycatcher.com.br 16 - Tel (DDD): (81)99751-5587

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Amaro Alves Maciel Filho
18 - CPF do Representante Legal: 234.059.964-49 19 - Profissão do Representante Legal: Eletricista

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 2541 0 CONTA: 10517 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (v.nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barreiras, 09 de fevereiro de 2020

Amaro Alves Maciel Filho
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

[Assinatura]
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RIO FORMOSOS - PE

GOVERNO MUNICIPAL
RIO FORMOSOS
O futuro é cuidar das pessoas

Nº de ocorrência

S-428486

1. Hora do Chamado: 11:28h	2. Chegada ao local: 11:35h	3. Chegada à U. Hospitalar: 12:50h	4. Saída da U. hospitalar: 14:20h
5. Motivo/Solicitação: Capotamento de carro.			6. Data: 16/01/2018
7. Tipo de equipamento:	8. Origem do acionamento: 192		
☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Helicóptero ☐ 4. Moto ☐ 5. VR	9. Médico regulador: <i>Dr. João</i>		
10. Radio Operador: <i>Carla</i>		11. Paciente: <i>Renata Vitoria da Silva Maciel</i>	
12. Solicitante: <i>João</i>		13. Data de nascimento: 17/07/2006	
14. Idade: 11 anos		15. Sexo: ☐ 1. Masculino ☒ 2. Feminino	
16. Nome da mãe: <i>Leilane Maria Gomes da Silva</i>			
17. Endereço do paciente:			
18. Endereço: <i>PE - 60 Eng. Bismarck</i>		19. Nº: <i>192</i>	
20. Bairro:		21. Município: <i>Rio Formoso</i>	
22. Referência: <i>Proximo ao posto Ipiranga Eng. B. Jardim</i>		23. Local de ocorrência: ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho	
24. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		25. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Canotista/ Removido antes ☐ 8. Remoção/Senha	
26. Tipo de vítima: ☐ 1. Pedestre ☐ 2. Condutor ☒ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado			
27. Meio de locomoção da vítima: ☒ 1. Automóvel ☐ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro			
28. Mecanismo do trauma: ☒ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro			
29. Natureza do acidente: ☐ 1. Colisão/Abaloamento ☒ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/do veículo ☐ 6. Outro ☐ 9. Ignorância			
30. Uso de capacete pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		31. Uso de cinto pela vítima: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado	
32. Hálito alcoólico: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		33. Intoxicação: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros	
34. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: <i>m</i>		35. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros	
36. Queimadura: ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. QBRN-e		37. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Apneia ☐ 4. Tórax com deformidades ou lesões	
38. Respiração: ☒ 1. Normal ☐ 2. Traquéia ☐ 3. Bradpneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		39. Circulação/pulso: ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino	
40. Perfusão periférica: ☐ 1. > 2 Segundos ☐ 2. < 2 Segundos		41. Saturação O ₂ : <i>98%</i>	
42. Coloração da pele: ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento		43. Escala de CINCINATI: ☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala	
44. Neurológico: ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		45. Pupilas: ☒ 1. Isocóricas ☐ 2. Miose ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente	
46. Alergia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não Qual?		47. Usa medicamento: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não Qual?	
48. Alguma patologia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?		49. Oxigêniooterapia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não Tipo?	
ESCALA DE GLASGOW		SCORE1: <i>-15</i>	
SCORE2:		53. SSVV	
50. Abertura ocular: ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. - (3) ☐ 3. À (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta verbal: ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)	
52. Resposta Motora: ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		54. Conduta: ☒ 1. Imob. Coluna cervical ☒ 2. Utilização de prancha ☒ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED	
55. História clínica atual, evolução e conduta: <i>Paciente EGR, consciente, orientada. Sem reações em focos + fratura fechada em M. 5to (tímido) + hemiterço no quadril + algumas lacerações em M. 1to.</i>			
56. Observações:			
57. Unidade de destino: <i>H. Intermediária 45 Jari Monteiro</i>		58. Médico que recebeu: <i>Dr. Jonathan Medeiros</i>	
59. Equipe: Médico Assistente: _____ Enfermeiro: _____ Socorrista: <i>Simone da Jari Monteiro</i>		Ass: <i>Leilane</i> Conselho: <i>1216441</i>	
Condução Piloto: <i>João</i> Responsável pelo preenchimento: <i>Dr. de Emp</i>		Solicitou apoio da UTI: () Sim () Não Obs: _____	
Redirecionamento: () Sim () Não Causa: _____ Destino: _____		Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.	
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: _____ Testemunha: _____ RG: _____ Data: / / RG: _____ Data: / /			
61. Múltiplas vítimas () Sim () Não Nº de vítimas: _____ Cenário: _____			
62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº _____ Prancha nº _____ ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes			

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMARO ALVES MACIEL FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02541-0

CONTA: 000010010517-3

Nr. da Autenticação 0A511064533CFE6E



Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** * 6877

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 25/04/2018

Vencimento:
07/04/2018

CIC RECIFE PE PL4

AMARO A MACIEL FH
RUA CINCO 106
COHAB
55570-000 RIO FORMOSO - PE



72131950690573200000158857307890318

- Atenção:
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
 - Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 31,41. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ **374,39**

Pagamento mínimo: (R\$)

R\$ **59,70**

Pagamento parcelado: (R\$)

ENTRADA 36,36
+ 23X 36,13

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades, as parcelas e as taxas e encargos cobrados nesta fatura, e mais a entrada.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 36,36 - CET 182,95% ao ano). Se você pagar parcelamentos anteriores, a modalidade que será cobrada neste mês será o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os outros parâmetros de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelamento, procure um caixa eletrônico ou ligue para o Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,98	9,98
Crédito Parcelado	9,10	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00
1 - Para o período - % ao mês		
2 - Taxado para o próximo período - % ao mês		

Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%) ¹
Crédito Rotativo Saques ¹	9,98	213,15	0,38	0,0062	227,42
Parcelado administrado ²	9,10	184,37	0,38	0,0062	189,21
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,40	135,53	0,38	0,0062	137,36

(1) Taxas vigentes em 1º de janeiro de 2018, sujeitas a alterações para o próximo período. Para clientes que aderirem ao parcelamento ROTATIVO, a taxa de crédito do rotativo e saques Brasil será de 15,60% ao mês, CET 499,78 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
(2) Resultado de incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.
(3) Taxa de juros sujeita a alterações. Em caso de dúvidas, consulte o Central de Atendimento BB.
(4) O valor do IOF diário é calculado com base no valor do parcelamento do Banco do Brasil.
Outra Tarifa de Saque R\$ 12,00 por evento. Tarifa de Pagamento de Contas: R\$ 7,50 por evento.

ATA DO CLIENTE

Ass: _____
Prop. _____
n. Pontos. _____

BANCO DO BRASIL

001-9 00194.52101 00020.072435 00000.000661 1 000

Nome do Pagador (CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP) AMARO A MACIEL FH - CPF 234.059.964-49
RUA CINCO 106 - COHAB - 55570-000 - RIO FORMOSO - PE

Sacador / Avalista

Nosso Número
0000000000020072430

Nº do documento

Data de Vencimento
07/04/2018

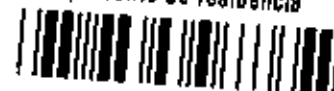
Valor Documento

374,39

Valor Pago

Nome do Beneficiário CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/0000-01 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31, Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Comprovante de residência



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JEIMISON JOSE NERY DE LYRA

CPF: 049.520.594-05

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A

CENTRO/BARREIROS
55560-000 BARREIROS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,68

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

07568887

CONTA CONTRATO

007003590261

Nº DO CLIENTE

281638793

Nº DA INSTALAÇÃO

0005208583

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

8710.B5C8.CB08.7575.DC4B.4954.BFFB.4E9D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	100,00	0,77952320	77,95
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,60
ICMS Subvenção-CDE-NF 064115032-03/06/19			2,46
TOTAL DA FATURA			93,68

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
83,62	25,00	20,90	83,62	0,81	0,67	83,62	3,72	3,11

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Reciv	Valor
24/09/19	8386/19	1.863,77

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como incluídas nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh): 8.54533000	
	Consumo Ativo(kWh)
	SET 19 100
	AGO 19 204
	JUL 19 296
	JUN 19 362
	MAI 19 357
	ABR 19 339
	MAR 19 350
	FEV 19 292
	JAN 19 265
	DEZ 18 204
	NOV 18 437
	OUT 18 267
	SET 18 460

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003120423648	CAT	03/08/2019	95.289,00	03/09/2019	95.296,00	31	1,00000	0,00	7,00
000000003120423648	CRT	03/08/2019	63.658,00	03/09/2019	63.662,00	31	1,00000	0,00	4,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BARREIROS	0,00	0,03	13,06	34,12
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,83	13,70
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,83					

Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você misso costa foto e vídeo: rua dom luiz no 380 centro / mai variedades: rua monsenhor teobaldo rocha centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007003590261	09/2019	93,68	26/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838800000003 936800110070 003590261104 142214696830



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1394943972

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO 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 0800 0810120 PRONTIÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5539
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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

AMARO ALVES MACIEL FILHO

DATA DE VENCIMENTO

19/07/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

069559137

CONTA CONTRATO

1392034010

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

RUA CINCO 106 -CENTRO/RIO
FORMOSO -55570-000 RIO FORMOSO
PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,81

PERÍODO CONSUMO

12/06/2019 a 12/07/2019

CONSUMO

66

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 12,99

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

1392034010

MÊS/ANO

07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,81

VENCIMENTO

19/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838000000009 698100110010 392034010107 140462462230



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Guimilson José Neri de Sousa inscrito (a) no CPF 049.320.594 / 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Caroline Alves Maciel Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 234.059.964 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renata Vitoria do Silva Maciel inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.844.224 / 45 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

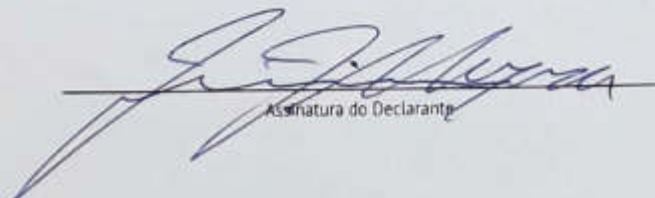
☒ Recuso informar

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 João Batista de Vasconcelos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Bonineiros</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administrativ@polynoradiv.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3675-1858</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99754-5587</u>

Bonineiros 09 de Junho de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 921040

Nome: Renata Vilela de S. Mouton

Foi atendido às _____ hs. do dia 16/01/18

Diagnóstico Provável: Fratura de tíbia direita.

Tratamento Realizado: Análise de fratura e radiografias + imobilização com gesso de tratamento de curativo.

Observação: Retorno semanal ao ambulatório de ortopedia.

Cópia de: _____

Dr. Thiago Moura
CRM 15111-1
Médico - ORT N° 15111-1

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Documentação médica - hospital

Cód. 0157



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 921040/2018.

NOME: RENATA VITORIA DA SILVA MACIEL.

Foi atendido às 16h11 do dia 16.01.2018.

Diagnóstico provável: Peritonite

faller focal da víscera II

Acidente automobilístico

Tratamento realizado: Clínico - manejo de constipação
em buco D

De clínicos
Ex físico e dental D, Ex torax, Ex urina

Obs. alta hospitalar em 17/01/18

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

Cópia de Prontuário Médico em 08103118.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico SAME
CRM: 9946

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

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

Fones: 31815451/31815572

ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DO RIO FORMOSO - PE
titular: ÉLIO DE SOUZA WANDERLEY
Telefone: (81) 357817238

Cópia autenticada conforme original deu fé.
test. da verdade. RIO FORMOSO-PE. Fera: 0,93
Emel: 2,98 TSMR: 0,66 Total: 3,98.
HENRIQUE DA SILVA
Escrevente Autorizado

Selo: 0073833.CTG03201801.00634 02/04/2018 11:18:26
Consulte autenticidade em www.tipe Jus.br/selodigital

