

ASL-0486322/17
nathalia.souza.0414
26/12/2018 14:10:44

ASL-0486322/17
nathalia.souza.0414
26/12/2018 14:10:44

Documentos de Identificacão



ASL-0486322/17
nathalia.souza.0414
26/12/2018 14:10:44

GOVERNAMENTO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CRISTIANE PEREIRA DA SILVA



RG: 001.094.456-24
DATA DE EMISSÃO: 15/02/2007

LOCAL EMISSÃO: DA SILVA
NOME DO EMISSOR: PEREIRA
DATA DO EMISSOR: 15/02/2007

CPF: 0288170883
DATA DE NASCIMENTO: 06/01/2008
DATA DE VALIDADE: 14/02/2017

Hotel Ramo da Silva

ENDEREÇO: RUA CRUZ DO CASTANHEIRO, 10
Cidade: PERNAMBUCO

1422825683

ASL-0486322/17
nathalia.souza.0414
26/12/2018 14:10:44

ASL-0486322/17
nathalia.souza.0414
26/12/2018 14:10:44

ASL-0486322/17
nathalia.souza.0414
26/12/2018 14:10:44

ASL-0486322/17
nathalia.souza.0414
26/12/2018 14:10:44

ARUANA SEGIPO
18 DEZ 2017

[illegible][illegible]

ARJANA SEGUROS

18 DEZ 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012211626701
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA: 09/02/2017
CDD-RENAVAM: 1024186447
EXERCÍCIO: 2017

IZABEL PEREIRA DA SILVA

BREJO DA MADRE DE DEUS - O

093-094-454-24 / OY05871

PLACA ANT. UR: 9C2JC4120ER038742

PAS / MOTOCICLETA / COMBUSTIVEL: GASOLINA

HONDA/CG 125 FA ES 2014 2014

2B/124CL 1 PARTIC VERMELHA

1 IPVA 2017 QUITADO 1 VENC. COTA UNICA 1
V FAIXA IPVA 1 PARC. AMORT. COTAS 2
A 13

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 1
SEGURO PAGO 1

SEM RESERVA

BREJO DA MADRE DE DEUS 09/02/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 012211626701 BILHETE DE SEGURO DPVAT

IZABEL PEREIRA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

BREJO DA MADRE DE D EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 09/02/17

093-094-454-24 / OY05871

1024186447 HONDA/CG 125 FAN ES

2014 09 9C2JC4120ER038742

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 08.248.5080001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE 2 QUARTO O BILHETE DPVAT
ELES NAO E DE PORTE OBRIGATORIO.

OUT



ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

**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: 3180610983

Nome do(a) Examinado(a): IZABEL PEREIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R ESTRELA, 84 - 84 - BREJO DA MADRE DE DEUS/PE - CEP 55170-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8811610 - SDS PE - 22/05/2017

Data e Local do Acidente : 17/09/2017

Data e Local do Exame : 04/01/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 - CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE leve e ferimento na região frontal

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

TCE submetido a tratamento conservador e ferimento submetido a sutura

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

Ao exame: Cicatriz na região frontal. Vítima queixa de cefaleia e tontura, tendo inclusive buscado novo atendimento neurológico e realizou TC crânio que se mostrou normal.

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

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

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

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

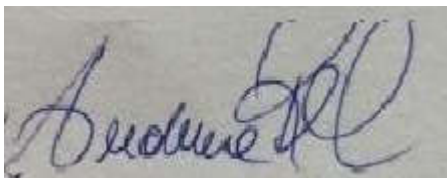
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / 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

Nome do(a) Examinado(a): IZABEL PEREIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R ESTRELA, 84 - 84 - BREJO DA MADRE DE DEUS/PE - CEP 55170-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8811610 - sds-pe - 22/05/2017

Data e Local do Exame : 09/01/2018 AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES, 1036 - SALA 204 - CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: TCE

Exame Físico: vítima consciente e orientada ao exame, sem déficit cognitivo, apresenta cicatriz de sutura em região frontal.

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

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

Tratado conservadoramente com sutura do ferimento e suporte clínico, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses.

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

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

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

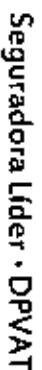
() Total = “100% da IS”

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

Vítima sem sequelas



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



SÉGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA 2ABEL FERREIRA DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 14-09-2017 CPF DA VITIMA 093.094.454-24

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO DE RENDIMENTO IMPOSTOS DE PI 80 QUE EXCELE 2.000-02

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

Activity 1

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Josémaro Alves da Rocha

Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

Cidade De Caxias do Sul UF RS CEP 95090-000

E-MAIL AFS62UBDS1994@ayahod.com.br TELEPHONE (81) 9161 3904

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

-DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (4) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (5) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
3. QRG-3: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITÍMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

Outros

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CRITÉRIO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CRITÉRIO DE TRABALHO OU CRITÉRIO NACIONAL DE HABITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (OAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

04.810.389 SS P-P

ASSINATURA Dr. J. M. Costa

DATA

HOME

18 Dec 2017

ASSIGNATURA

ARUANA SEGUROS



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2017 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 09/02/2017

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/OYO-5871
CHASSI Nº:	9C2JC4120ER038742
RENAVAM:	01024186447
NOME DO PROPRIETÁRIO:	IZABEL PEREIRA DA SILVA
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Data do vencimento: 09/02/17

Data do sinistro: 17/09/2017

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2017



Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Central de Pagamentos DPVAT através do 0800 701 3427

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.

ARUANA SEGUROS**18 DEZ 2017**



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JZABEL PEREIRA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 17-09-2012 CPF DA VÍTIMA 093.094.454-24
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adriano Pereira F. da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Rosário Alves da Rocha
 Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Centro
 CIDADE P. Cruz, Paraíba UF PE CEP 55190-000
 E-MAIL APF@vivo.com.br TELEFONE (81) 91613907

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTeira de IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTidão de NASCIMENTO OU CERTidão de CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL de HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICAADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE de APRESENTAR o LAUDO do IML, DECLARAÇÃO de AUTÊNCIA de LAUDO do IML, ENDORRADO assinada PELA VÍTIMA e RELATÓRIO do MÉDICO ASSISTENTE ORIGINÁRIO que COMPROVE a EXISTÊNCIA de INVALIDEZ PERMANENTE, COM a DATA da ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM de ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE de RESIDÊNCIA (EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO de RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO de PAGAMENTO / CRÉDITO de INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS que CONFERMAM os DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA de FOLHA de CHEQUE ou CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira de IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTidão de NASCIMENTO OU CERTidão de CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL de HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE de RESIDÊNCIA (EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO de RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 * O(R) REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO de OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira de IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTidão de NASCIMENTO OU CERTidão de CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL de HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO do MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO as LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do ACIDENTE e o TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) das DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
 () VISTAS FISCAL (ORIGINALS E LEGÍVEIS) de TRATAMENTO acompanhamento do RESPECTIVO RECIPIENTE MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE de RESIDÊNCIA (EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO de RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO de PAGAMENTO / CRÉDITO de INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS que CONFERMAM os DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA de FOLHA de CHEQUE ou CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira de IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTidão de NASCIMENTO OU CERTidão de CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL de HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE de RESIDÊNCIA (EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO de RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 O(R) REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 13 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 • MORTES = R\$ 15.000,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME a GRAVIDADE das LESÕES e de ACORDO com TABELA de SEGURO PREVISTA na LEI 13.706/11
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME o TOTAL de DESPESAS COMPROVADAS)
 • O PREÇO PARA PAGAMENTO de INDENIZAÇÃO É de 10 DIAS CONTIGUOS a PARTIR da ENTREGA da DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE na LEGISLAÇÃO em VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETO
 • PARA acompanhamento do PROCESSO de INDENIZAÇÃO, ACESSAR www.dpvatseguradoultraonline.com.br ou LIGAR GRÁTIS 0800 000 000

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 4.8.10.38955 PAr
 IDENTIDADE Adriano Pereira F. da Silva
 ASSINATURA Adriano Pereira F. da Silva

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 18 DEZ 2012
 NOME ARIANA SEGURO
 ASSINATURA Ariana Seguro



Seguradora

LIDER

Administradora do Seguro DPVAT

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2017 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 09/02/2017

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/OYO-5871
CHASSI Nº:	9C2JC4120ER038742
RENAVAM:	01024180647
NOME DO PROPRIETÁRIO:	IZABEL PEREIRA DA SILVA
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Data do vencimento: 09/02/17

Data do sinistro: 17/09/2017

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2017



Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Central de Pagamentos DPVAT através de: 0800 701 3429

Paraquisar mais a mais produtos, a Seguradora LIDER DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar a floresta.

ARUANA SEGUROS**18 DEZ 2017**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranio encefálico. Ferimento na região frontal

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz na região frontal. Refere cefaleia e tontura. TC de crânio normal

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador para o TCE e sutura para o ferimento frontal. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 04/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Andrea Madeira

CRM do médico: 19953

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: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180610983 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranio encefálico. Ferimento na região frontal

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz na região frontal. Refere cefaleia e tontura. TC de crânio normal

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador para o TCE e sutura para o ferimento frontal. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 04/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Andrea Madeira

CRM do médico: 19953

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: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Procuracao



NOME: IZABEL PEREIRA DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 8.811.610 SDS - PE

ENDEREÇO: RUA ESTRELA - Nº 84 QD - R1 LT - 17 - SÃO DOMINGOS /
BREJO DA MADRE DE DEUS - (PE).

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE

ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03, CENTRO -
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A-
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 20 DE NOVEMBRO DE 2017.



Izabel Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

RECONHECER FIRMA



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS

Titular: JOSÉ QUINTINO DE LIMA - Substituto: JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO / HEVERTON FÉLIX DA SILVA
Rua Luís Cavalcanti de Santana, 317 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Fone: (81) 3731-2558

RECONHEÇO, por autenticidade, a(s) firma(s) de: IZABEL PEREIRA DA

SILVA, inscrita no CPF nº 07602616030-7, RG nº 201702401375

do(a) Te. SÃO DOMINGOS, 21/11/2017, 11:45:03, RECONHECER

Em testemunho da verdade

Heverton Félix da Silva

Enrolamentos: R\$ 3,98 / TSNR: R\$ 0,78 / Total a Pagar: R\$ 4,65 - Oper.: HEVERTON

Consulte autenticidade em: www.tre.br/selcdigital

PROCURAÇÃO

PROCURADOR

OUTORGANTE



NOME: IZABEL PEREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 8.811.610 SD5 - PE
ENDEREÇO: RUA ESTRELA - Nº 84 QD - R1 LT - 17 - SÃO DOMINGOS / BREJO DA MADRE DE DEUS - (PE).

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03, CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIJO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 20 DE NOVEMBRO DE 2017.

*Izabel Pereira da Silva*

ASSINATURA DO OUTORGANTE

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

RECONHECER FIRMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463353/18

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 093.094.454-24

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IZABEL PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

IZABEL PEREIRA DA SILVA : 093.094.454-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180610983

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IZABEL PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180610983 Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01361/01362 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13773504

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180610983

Vítima: IZABEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IZABEL PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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	Nome completo da vítima
	093.094.454-24	IZABEL PEREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
IZABEL PEREIRA DA SILVA	093.094.454-24	R. Informar
Endereço	Número	Complemento
RUA ESTRELA	8400-RAIA-11	CASA
Bairro	Cidade	CEP
SP. DOMINOS	BREJO DA MADRE DE DEUS	55170-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PE	8194630192

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

☒ RECURSO 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2778		41542	0
(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.

De 21 de NOVEMBRO de 2017
 CARIARRE-PE Local e Data

X Izabel Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0048001780**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/12/2017** às
17:04

Complementa o BO Número: **17E0048001288**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/9/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1,
ESTRADA DO SÍTIO OLHO D'ÁGUA DO PULCARO - Bairros: ZONA RURAL -
BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IZABEL PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
IZABEL PEREIRA DA SILVA

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

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

**IZABEL PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
DAS GRACAS PEREIRA Pai: LUIZ GONZAGA DA SILVA Data de Nascimento: 15/2/1987
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA ESTRELA, 24
(CASAS DA CAIXA) - CEP: 0 - Bairro: SAO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ARUANA SEGUROS
1.8 DEZ 2017

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYO5871** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4129ER928742**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

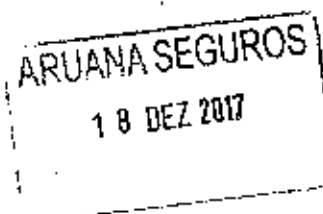
Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO COM SEU VEICULO PELA VIA DO FATO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM DESCONHECIDO QUE VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. A VITIMA AFIRMA QUE APESAR DA VIA SER UMA ESTRADA DE BARRO, A VITIMA VINHA CONDUZINDO SEU VEICULO DE MANEIRA CORRETA, DANDO ESPACO SUFICIENTE PARA OUTRO VEICULO PASSAR NO SENTIDO CONTRARIO. CONTUDO O DESCONHECIDO VEIO COM SEU VEICULO DE FRENTE PARA O VEICULO DA VITIMA, E COLIDIU. A VITIMA AFIRMA QUE COM A COLISAO CAIU NO CHAO. E COM A QUEDA SEU VEICULO FICOU TODO DANIFICADO.

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

Izabel Pereira da Silva
IZABEL PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FILIPPE BISPO MARIANO DA SILVA** Matrícula: **250613-4**





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0048001780

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/12/2017 às 17:04

Complemento do BO Número: 17E0048001288

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/9/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1,
ESTRADA DO SÍTIO OLHO D'ÁGUA DO FULCANO - Bairro: ZONA RURAL
BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
IZABEL PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
IZABEL PEREIRA DA SILVA

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

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

**IZABEL PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Não MARIA
DAS GRACAS PEREIRA Fil: LUIZ GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 16/3/1987
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA ESTRELA, 84
(CASAS DA CAIXA) - CEP: 5 - Bairro: SAO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **GY05274** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4520ER932742**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO COM SEU VEICULO PELA VIA DO FATO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM DESCONHECIDO QUE VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. A VITIMA AFIRMA QUE APESAR DA VIA SER UMA ESTRADA DE BARRO, A VITIMA VINHA CONDUZINDO SEU VEICULO DE MANEIRA CORRETA, DANDO ESPACO SUFICIENTE PARA OUTRO VEICULO PASSAR NO SENTIDO CONTRARIO. CONTUDO O DESCONHECIDO VEIO COM SEU VEICULO DE FRENTE PARA O VEICULO DA VITIMA, E COLIDIU. A VITIMA AFIRMA QUE COM A COLISAO CAIU NO CHAO, E COM A QUEDA SEU VEICULO FICOU TODO DANIFICADO.

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

IZABEL PEREIRA DA SILVA
IZABEL PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FILipe Bispo MARINHO DA SILVA** Matrícula: **358813-4**



ARIANA SEGUROS

18 DEZ 2017

Declaracao de Inexistencia



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.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 interdita 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>IZABEL PEREIRA DA SILVA</u>	CPF da Vítima <u>093.094.454-24</u>	Data do Acidente <u>17-09-2017</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>IZABEL PEREIRA DA SILVA</u>	CPF do Representante legal <u>093.094.454-24</u>
Email <u>izabel.pereira@arua.com.br</u>	Telefone (DDD) <u>81 94630192</u>

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

17 de Novembro de 2017
CPR. BARIBE - PE Local e Data

Isabel Pereira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração de Inexistência



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

PARA MAIS ESCLARECIMENTOS, acesse o site <http://www.seguredosidder.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exceto 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 e 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 interdita 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 IZABEL PEREIRA DO SILVA	CNPJ da Vítima 093.094.454-24	Data do Acidente 12-09-2017
---	---	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal IZABEL PEREIRA DO SILVA	CNPJ do Representante Legal 093.094.454-24
Assinatura <i>[Assinatura]</i>	Telefone (DDD) 31 94630192

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão 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 justificação para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

<i>[Assinatura]</i> CPN BARBOSA-PE Local e Data 12 de NOVEMBRO de 2017 IZABEL PEREIRA DO SILVA Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	ARJUNA SEGUROS 18 DEZ 2017 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
---	---



BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

Prefeitura Municipal do Brejo da Madre de Deus

Comprovação de ato declar.

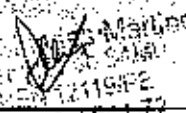


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Izabel Pereira da Silva, portadora do RG: 8811610 SDS/PE e do CPF: 093.094.454-24 que consta nos registros de ocorrência do SAMU-BASE Descentralizada, atendimento realizado por este serviço a mesma com ID 0319 no dia 17/09/17, às 12H:37min, no Sítio Olho D'água próximo a capela de Santa Rita, vítima de acidente por colisão motoXmoto, tendo sido enviado a USB de São Domingos, que prestou atendimento a vítima no local, transportando para Policlínica de São Domingos sendo atendida pela equipe da Unidade.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente imobilização da Coluna Cervical e Utilização de prancha.

Brejo da Madre de Deus, 08 de novembro de 2017.


Márcia Mendes Martins
Coordenação de Enfermagem
COREN 121191

Recebi esta declaração - Brejo da Madre de Deus em 17/11/17

Izabel Pereira da Silva

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

Praça Vereador Abel de Freitas, S/N - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE
CEP: 55.170-000 - CNPJ: 10.091.528/0001-77 - 81) 3747-1156



Prefeitura Municipal do Brejo da Madre de Deus

Comprovação de ato declar



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Izabel Pereira da Silva, portadora do RG.: 8811610-505/PE e do CPF.: 093.094.454-24 que consta nos registros de ocorrência do SAMU BASE Descentralizada, atendimento realizado por este serviço a mesma com ID 0319 no dia 17/09/17, às 12h:37min, no Sítio Olho D'água próximo a capela de Santa Rita, vítima de acidente por colisão motoXmoto, tendo sido enviado a UBS de São Domingos, que prestou atendimento a vítima no local, transportando para Policlínica de São Domingos sendo atendida pela equipe da Unidade.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente imobilização da Coluna Cervical e Utilização de prancha.

Brejo da Madre de Deus, 08 de novembro de 2017.


Márcia Mendes Martins
Coordenação de Enfermagem
COREN 121191

Recebi esta declaração - Brejo da Madre de Deus em 18/11/17

Izabel Pereira da Silva

Prova Vendedor Abel de Freitas, S/N - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE
CEP: 55.170-000 - CNPJ: 10.091.528/0001-77 - 81) 3747-1156

ARJANA SEGUROS
18 DEZ 2017



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 28/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-907
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Fone: (81) 30050-907 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
IZABEL PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUJA ESTRELA BA OD-91 LT-17

CPF 003.094.454-74 NIS 10258791908
CLASSIFICAÇÃO

SAO DOMINGOS SAO DOMINGOS
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

B1 RESIDENCIAL
BARRA RENCA COM INS
MORADIA

CONTA CONTRATO 7007013048
DATA DE VIGENCIA 08/2017
DATA DE CANCELAMENTO 28/10/2017
12:05

003175055 UNICA 28/09/2017
APROVEDOR 10-BO CLIENTE 10-DA INSTALACAO
20/09/2017 2011402240 5384128
DERIVACAO DA NOTA FISCAL

Consumo médio até 10 kWh
Consumo novo superior a 20 até 10 kWh
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Consumo e faturação Pádua
Nota por ajuste NF 003740457 - 25/09/17
Juros por atraso NF 003740457 - 25/09/17

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0,17032500	5,11
18.0000000	0,79204234	14,26
		0,33
		0,10
		1,88
		0,13
		0,03

Comprovante de residencia



-TOTAL DA FATURA- DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANEXIÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	IP DO TMS	CONSTANTE	ABASTE	CONSUMO (KWH)
10-1157027	SAI	25-09-2017	25-09-2017	10258791908	25-09-2017	11	10000		1020

HISTÓRICO DE CONSUMO			HISTÓRICO DE PREÇOS			COMPARAÇÃO DE CONSUMO		
PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	PERÍODO	VALOR (R\$)	VALOR DO PREÇO	PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
01/10/17	45	1,11	01/10/17	45	1,11	01/10/17	45	1,11
02/10/17	38	0,95	02/10/17	38	0,95	02/10/17	38	0,95
03/10/17	31	0,78	03/10/17	31	0,78	03/10/17	31	0,78
04/10/17	22	0,55	04/10/17	22	0,55	04/10/17	22	0,55
05/10/17	20	0,50	05/10/17	20	0,50	05/10/17	20	0,50
06/10/17	15	0,38	06/10/17	15	0,38	06/10/17	15	0,38
07/10/17	10	0,25	07/10/17	10	0,25	07/10/17	10	0,25
08/10/17	05	0,13	08/10/17	05	0,13	08/10/17	05	0,13
09/10/17	02	0,05	09/10/17	02	0,05	09/10/17	02	0,05
10/10/17	01	0,03	10/10/17	01	0,03	10/10/17	01	0,03
11/10/17	01	0,03	11/10/17	01	0,03	11/10/17	01	0,03
12/10/17	01	0,03	12/10/17	01	0,03	12/10/17	01	0,03
13/10/17	01	0,03	13/10/17	01	0,03	13/10/17	01	0,03
14/10/17	01	0,03	14/10/17	01	0,03	14/10/17	01	0,03
15/10/17	01	0,03	15/10/17	01	0,03	15/10/17	01	0,03
16/10/17	01	0,03	16/10/17	01	0,03	16/10/17	01	0,03
17/10/17	01	0,03	17/10/17	01	0,03	17/10/17	01	0,03
18/10/17	01	0,03	18/10/17	01	0,03	18/10/17	01	0,03
19/10/17	01	0,03	19/10/17	01	0,03	19/10/17	01	0,03
20/10/17	01	0,03	20/10/17	01	0,03	20/10/17	01	0,03
21/10/17	01	0,03	21/10/17	01	0,03	21/10/17	01	0,03
22/10/17	01	0,03	22/10/17	01	0,03	22/10/17	01	0,03
23/10/17	01	0,03	23/10/17	01	0,03	23/10/17	01	0,03
24/10/17	01	0,03	24/10/17	01	0,03	24/10/17	01	0,03
25/10/17	01	0,03	25/10/17	01	0,03	25/10/17	01	0,03
26/10/17	01	0,03	26/10/17	01	0,03	26/10/17	01	0,03
27/10/17	01	0,03	27/10/17	01	0,03	27/10/17	01	0,03
28/10/17	01	0,03	28/10/17	01	0,03	28/10/17	01	0,03
29/10/17	01	0,03	29/10/17	01	0,03	29/10/17	01	0,03
30/10/17	01	0,03	30/10/17	01	0,03	30/10/17	01	0,03
31/10/17	01	0,03	31/10/17	01	0,03	31/10/17	01	0,03
01/11/17	01	0,03	01/11/17	01	0,03	01/11/17	01	0,03
02/11/17	01	0,03	02/11/17	01	0,03	02/11/17	01	0,03
03/11/17	01	0,03	03/11/17	01	0,03	03/11/17	01	0,03
04/11/17	01	0,03	04/11/17	01	0,03	04/11/17	01	0,03
05/11/17	01	0,03	05/11/17	01	0,03	05/11/17	01	0,03
06/11/17	01	0,03	06/11/17	01	0,03	06/11/17	01	0,03
07/11/17	01	0,03	07/11/17	01	0,03	07/11/17	01	0,03
08/11/17	01	0,03	08/11/17	01	0,03	08/11/17	01	0,03
09/11/17	01	0,03	09/11/17	01	0,03	09/11/17	01	0,03
10/11/17	01	0,03	10/11/17	01	0,03	10/11/17	01	0,03
11/11/17	01	0,03	11/11/17	01	0,03	11/11/17	01	0,03
12/11/17	01	0,03	12/11/17	01	0,03	12/11/17	01	0,03
13/11/17	01	0,03	13/11/17	01	0,03	13/11/17	01	0,03
14/11/17	01	0,03	14/11/17	01	0,03	14/11/17	01	0,03
15/11/17	01	0,03	15/11/17	01	0,03	15/11/17	01	0,03
16/11/17	01	0,03	16/11/17	01	0,03	16/11/17	01	0,03
17/11/17	01	0,03	17/11/17	01	0,03	17/11/17	01	0,03
18/11/17	01	0,03	18/11/17	01	0,03	18/11/17	01	0,03
19/11/17	01	0,03	19/11/17	01	0,03	19/11/17	01	0,03
20/11/17	01	0,03	20/11/17	01	0,03	20/11/17	01	0,03
21/11/17	01	0,03	21/11/17	01	0,03	21/11/17	01	0,03
22/11/17	01	0,03	22/11/17	01	0,03	22/11/17	01	0,03
23/11/17	01	0,03	23/11/17	01	0,03	23/11/17	01	0,03
24/11/17	01	0,03	24/11/17	01	0,03	24/11/17	01	0,03
25/11/17	01	0,03	25/11/17	01	0,03	25/11/17	01	0,03
26/11/17	01	0,03	26/11/17	01	0,03	26/11/17	01	0,03
27/11/17	01	0,03	27/11/17	01	0,03	27/11/17	01	0,03
28/11/17	01	0,03	28/11/17	01	0,03	28/11/17	01	0,03
29/11/17	01	0,03	29/11/17	01	0,03	29/11/17	01	0,03
30/11/17	01	0,03	30/11/17	01	0,03	30/11/17	01	0,03
31/11/17	01	0,03	31/11/17	01	0,03	31/11/17	01	0,03
01/12/17	01	0,03	01/12/17	01	0,03	01/12/17	01	0,03
02/12/17	01	0,03	02/12/17	01	0,03	02/12/17	01	0,03
03/12/17	01	0,03	03/12/17	01	0,03	03/12/17	01	0,03
04/12/17	01	0,03	04/12/17	01	0,03	04/12/17	01	0,03
05/12/17	01	0,03	05/12/17	01	0,03	05/12/17	01	0,03
06/12/17	01	0,03	06/12/17	01	0,03	06/12/17	01	0,03
07/12/17	01	0,03	07/12/17	01	0,03	07/12/17	01	0,03
08/12/17	01	0,03	08/12/17	01	0,03	08/12/17	01	0,03
09/12/17	01	0,03	09/12/17	01	0,03	09/12/17	01	0,03
10/12/17	01	0,03	10/12/17	01	0,03	10/12/17	01	0,03
11/12/17	01	0,03	11/12/17	01	0,03	11/12/17	01	0,03
12/12/17	01	0,03	12/12/17	01	0,03	12/12/17	01	0,03
13/12/17	01	0,03	13/12/17	01	0,03	13/12/17	01	0,03
14/12/17	01	0,03	14/12/17	01	0,03	14/12/17	01	0,03
15/12/17	01	0,03	15/12/17	01	0,03	15/12/17	01	0,03
16/12/17	01	0,03	16/12/17	01	0,03	16/12/17	01	0,03
17/12/17	01	0,03	17/12/17	01	0,03	17/12/17	01	0,03
18/12/17	01	0,03	18/12/17	01	0,03	18/12/17	01	0,03
19/12/17	01	0,03	19/12/17	01	0,03	19/12/17	01	0,03
20/12/17	01	0,03	20/12/17	01	0,03	20/12/17	01	0,03
21/12/17	01	0,03	21/12/17	01	0,03	21/12/17	01	0,03
22/12/17	01	0,03	22/12/17	01	0,03	22/12/17	01	0,03
23/12/17	01	0,03	23/12/17	01	0,03	23/12/17	01	0,03
24/12/17	01	0,03	24/12/17	01	0,03	24/12/17	01	0,03
25/12/17	01	0,03	25/12/17	01	0,03	25/12/17	01	0,03
26/12/17	01	0,03	26/12/17	01	0,03	26/12/17	01	0,03
27/12/17	01	0,03	27/12/17	01	0,03	27/12/17	01	0,03
28/12/17	01	0,03	28/12/17	01	0,03	28/12/17	01	0,03
29/12/17	01	0,03	29/12/17	01	0,03	29/12/17	01	0,03
30/12/17	01	0,03	30/12/17	01	0,03	30/12/17	01	0,03
31/12/17	01	0,03	31/12/17	01	0,03	31/12/17	01	0,03

7772 4136 1805 1378 0701 0703 9401 0391

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

SINCRONIA E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR	VALOR
CONSUMO	0,00	10,45	70,88	270	207	731
CONSUMO	0,00	7,58	15,18			
CONSUMO	0,00	4,56	0,00			

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017

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 0005943-93



Grupo Neoennergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - L

COMERCIAL 1

Atendimento ao deficiente auditivo ou c

Out

Agência de Regulação dos Serviços Públicos l

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratui

Agência Nacional de Ene

167-Ligação Gratuita de tele

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 946.234.444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 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

14/09/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/09/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/09/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000519424

CON

007

Nº

2

Nº D.

0

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C55B.33D1.857B.BA0A.D903.F000.4279.19B2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	171,00	0,67315022	116,10
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,95
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,74
Contribuição Iluminação Pública			16,61
Multa por atraso-NF 000539072 - 07/08/17			2,08
Juros por atraso-NF 000539072 - 07/08/17			0,03
TOTAL DA FATURA			139,48

Comprovante de residencia



Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,46036000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	35,88	29,54
Transmissão	3,43	2,62
Distribuição (Celpe)	26,32	23,20
Encargos Setoriais	10,69	8,77
Tributos	34,88	28,82
TOTAL	121,79	100

HISTÓRICO DE

SET	17	
AGO	17	
JUL	17	
JUN	17	
MAI	17	
ABR	17	
MAR	17	
FEV	17	
JAN	17	
DEZ	18	
NOV	18	
OUT	18	
SET	18	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
121,79	28,00	30,44	121,79	0,64	0,77	121,79	3,00	3,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
D24966	CAT	07/08/2017	2.183,00	06/09/2017	2.334,00	30	1,00000	0,00	171,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/10/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO
DEC-Nº de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00
RC-Nº de vezes sem Energia		0,00
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00
DCR-Duração de Interrupção em dia crítico		
ELSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 42,35		

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DEC, RC, DMC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)

LII

M

ARJANA SEGUROS

1 8 DEZ 2017

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IZABEL PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.094.454 / 24 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima IZABEL PEREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.094.454 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____
Declaracao Circular SUSEP

☒ 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 ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>17º CRUZ DO CARIBARIPE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55190000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>---</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 91613907</u>

17º CRUZ DO 06 de DEZEMBRO de 2017
CARIBARIPE PE Local e Data

Adriana Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP 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**.*

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

* 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 8.137/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MOURA DE A. FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IZABEL FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 093.044.454 / 24, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Última IZABEL FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o nº 093.044.454 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____
Declaração Circular SUSEP _____

25 Recusa Informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>	Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>UF CRUZ DO CARABIA</u>	Estado <u>PE</u>
E-mail <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>	Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>81 91613907</u>

UF CRUZ DO CARABIA de DECEMARO de 2017
CRUZ DO CARABIA Local e Data

Adriana Moura de A. Ferreira
Assinatura do Declarante

RIUANA SEGUROS
18 DEZ 2017



PREFEITURA DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE

SECRETARIA DE SAÚDE

POLICLÍNICA SENADOR WILSON DE QUEIROZ CAMPOS

São Domingos, 17 de setembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, IZABEL PEREIRA DA SILVA entrada nessa unidade de Saúde no dia 17/09/2017 as 13:58. Vítima de acidente motociclístico. Sendo atendida em caráter de urgência nesta unidade de saúde. Registro de entrada nº 9884847

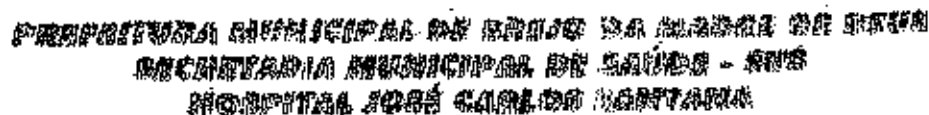
Atenciosamente,

ADIREÇÃO.

Vanuza do Carmo Costa
Rm. 1001
Prefeitura São Domingos - Diretor

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017



DATA: 17-9-17 HORA: 14:40 ADMISSÃO: ☒ Emergência ☒ Enfermidade

N.º DO FRONTEIRÁRIO: 98842047 SEXO: F IDADE: 20

DESTINO: HOSPITAL HR DATA: 11/11/2011 HORA: 14:00

DESTINO : FINAL

Sanka-5258004.

[illegible]

JUSTIFICATIVA: TCE teste de equilíbrio

DATA: 17-7-17

HORA : _____

Dr. Jiaell R. D. Garcia
Medico
CRM 16544

SECRET

ASS. E. CAMPBELL

OFFICIAL CAUTION

AND. E. CAMPBELL

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

Esta conta deverá ser paga com recursos públicos

ENCAMINHAMENTO À UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE BMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome Completo:	<u>Izabel Pereira da Silva</u>
Data de Nascimento:	<u>16 / 2 / 87</u> Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Nº Cartão SUS:	<u>706 3007 1920 9279</u> CPF/RG:
Nome da mãe:	
Endereço:	<u>R. Estrela, 84</u>
Município:	<u>BOMD</u> CEP:
Telefone:	Celular: <u>(01) 99463 0192</u>

UNIDADE DE ORIGEM:	<u>PSF IX</u>
Equipe de Saúde da Família:	
MUNICÍPIO:	

HISTÓRIA CLÍNICA
RESUMO DO CASO: <u>Paciente que apresenta trauma craniano leve em região frontal há 2 meses e vem por apresentar dor de cabeça diárias acompanhada de enjoos em ocasiões. Apresenta tonturas frequentes.</u>

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD): <u>Trauma craniano leve + epilepsia.</u>
<u>EID 10: S00</u>

EXAMES REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS):

OBSERVAÇÕES:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE	
DATA:	<u>20 / 11 / 17</u>
	Maíre Del Carmo <i>[Assinatura]</i> RMS PE-20120 Médico do Trabalho Assinatura, Categoria e CRM

AGENDAMENTO PARA:	
ESPECIALIDADE:	<u>Neurologista</u>
DATA DA CONSULTA:	
	HORÁRIO:

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017

POLICLÍNICA SÃO DOMINGOS

SÃO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS

FICHA DE EMERGÊNCIA

moto
Liquor

DATA:

17/04/17

HORA DO ATENDIMENTO:

13:58

NÚMERO DE PRONTUÁRIO:

98848047

NOME:

Szabel Pereira de Silva

DATA DE NASCIMENTO:

16/02/87

IDADE:

30

SEXO:

F

206308179259277

PAZADO PORQUE? NOME DA MÃE:

Solange

ENDEREÇO:

Casa de Lixa R. Estrada 84

Bairro:

Cidade:

MÉDICO(A):

Dr. J. S. K.

USF MICROTA:

32412

TEC. EM ENFERMAGEM:

HISTÓRIA:

- Acidente de Trânsito (Moto - moto)
apresentando lesão externa (costa) na
região frontal
refere dores e vômitos
há 14-15 dias

EXAME FÍSICO:

PRESSÃO ARTERIAL:

DO:

121/70 mmHg

TEMPERATURA:

PULSO:

CONDIÇÃO:

Queda - 500ml (E)
Transfusão: HR normo-oxigênio
Sinais: 5258007

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

Dr. Jiskli R. B. Garcia
Médico
CRM 16544

CONSULTA SIMPLER

CONSULTA COM OBSERVAÇÃO ()

TRANSFERÊNCIA ()

Médico

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 866322

Nome: Roberto Tenreiro da Silva

Foi atendido às _____ h do dia 17, 09, 17

Diagnóstico Provável quebra de tórax

de tórax data da alta 17, 09, 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

Dr. Ulisses Vitorino
CRM - 19004

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017

ATENÇÃO : Este documento serve à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho.



PREFEITURA DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE

SECRETARIA DE SAÚDE

POLICLÍNICA SENADOR WILSON DE QUEIROZ CAMPOS

São Domingos, 17 de setembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, IZABEL PEREIRA DA SILVA entrada nessa unidade de Saúde no dia 17/09/2017 as 13:58. Vítima de acidente motociclístico. Sendo atendida em caráter de urgência nesta unidade de saúde. Registro de entrada nº 9884847

Atenciosamente,

ADIREÇÃO.

Vanuza do Carmo Costa

Policlínica São Domingos - Diretor

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL JOSÉ CARLOS COSTA

ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR

DATA: 17-9-17 HORA: 14:40 ADMISSÃO: () Emergência () Enfermaria

NOME DO PACIENTE: Izabel Pereira da Silva

N.º DO FRONTOUÁRIO: 98847047 SEXO: F IDADE: 30

DESTINO: HOSPITAL H.R. DATA: HORA:

DESTINO: FINAL DATA: HORA:

Serika-5258004-

RESUMO DIAGNÓSTICO: paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação, com controle satisfatório. Paciente encaminhado para avaliação de rotina. (14-15) 202 98 11-12-17

JUSTIFICATIVA: TCE leve - 22/09/17

DATA: 17-9-17 HORA:

Dr. Jiskil R. B. Garcia
Médico
CRM 16544

MÉDICO ENCAMINHADOR
ASS. E CARIMBO

DIRETOR DA UNIDADE
ASS. E CARIMBO

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



Esta conta deverá ser paga com recursos públicos

ENCAMINHAMENTO À UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE BMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: Izabel Pereira da Silva
Data de Nascimento: 16 / 2 / 87 Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Nº Cartão SUS: 706 3007 1920 9279 CPF/RG: _____
Nome da mãe: _____
Endereço: Rf Estrela, 84
Município: BOMD CEP: _____
Telefone: _____ Celular: (01) 99463 0192

UNIDADE DE ORIGEM:

PSP IX

Equipe de Saúde da Família:

Adicional:

MUNICÍPIO:

HISTÓRIA CLÍNICA

RESUMO DO CASO:

Paciente que apresenta trauma craniano leve em região frontal há 2 meses e vem por apresentar dor de cabeça diárias acompanhada de enjoos em episódios. Apresenta tonturas frequentes.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD):

Trauma craniano leve + epilepsia.
LID 10: 500

EXAMES REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS):

OBSERVAÇÕES:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA:

20 / 11 / 17

Maitere Del Carmo

RMS PE-27692

Médico Solicitante

Assinatura, Legenda e CRM

AGENDAMENTO PARA:

ESPECIALIDADE:

Neurologista

DATA DA CONSULTA:

1 / 1

HORÁRIO:

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

Se necessário, usar o verso para: _____

POLICLÍNICA SÃO DOMINGOS

SÃO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS

FICHA DE EMERGÊNCIA

moto

Leandro

DATA:

17/04/17

HORA DO ATENDIMENTO:

13:58

NÚMERO DE PRONTO ATENDIMENTO:

98895047

NOME:

Azevedo Pereira de Silva

DATA DE NASCIMENTO:

16/02/87

SEXO:

M

IDADE:

30

ENDEREÇO:

E

TRAZIDO POR/OU NOME DA MÃE:

50.11.12

ENDEREÇO:

2252 do Caixa R. - Estrada 84

Bairro:

Cidade:

MÉDICO (A):

Dr. J. S. X. ()

ENFERMEIRO (A):

J. J. L.

TEC. EM ENFERMAGEM:

HDA:

- Acidente de Trânsito (Moto - Mãe)
- apresentando lesão externa (Cotovelo) na
região frontal.
refere dores sem vômito
Sinais (14-15)

EXAME FÍSICO:

PRESSÃO ARTERIAL:

FC:

121 bpm

TEMPERATURA:

PESO:

CONDIÇÃO:

Q. D. R. 1 - 500ml (C)
Q. 2 - Transfusão: HR Normo-oxigênio
Sinais: 5258007

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

Dr. Jiskli R. S. Garcia
Médico
CRM 16544

CONSULTA SIMPLES

CONSULTA COM OBSERVAÇÃO ()

TRANSFERÊNCIA ()

Médico

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº:

86522

Nome:

Roberto Henrique Silva

Foi atendido às

h do dia

12, 09, 17

Diagnóstico Provável

quebra de osso da base do crânio

diagnóstico

de exemplo

data da alta

17, 09, 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação:

Dr. Ubiratan Vitorino
CRM - 160064

ARUANA SEGUROS

18 DEZ 2017

ATENÇÃO : Este documento serve de comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho.

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 15 de Novembro de 1988 CONSTITUIÇÃO DO BRASIL LEI Nº 6.898/80 DO REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: YERUEL PEREIRA DA SILVA	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1422825663	DOC. IDENTIDADE (Org. Emissor) UF 8811610 SDS PE
	CNP DATA NASCIMENTO 093.094.456-24 16/02/1987
	FILIAÇÃO LUIS GONCALVES DA SILVA MARTA DAS GRACAS FERREI ALVARO DA
	SEX ACUM. CAT. MAR. M F A.B.C.
Nº REGISTRO 05621175003	VALIDADE 28/03/2022
PROIBIDO PLASTIFICAR 1422825663	RENOVAÇÃO 18/10/2017
OBSERVAÇÕES	
<i>Yeruel Pereira da Silva</i>	
LOCAL SANTA CRUZ DO CAPITANINHO, PE	DATA EMISSÃO 22/05/2017
<i>Carlos Anderson Sousa Ribeiro</i> Diretor Presidente 55473052687 PE078038560	
PERNAMBUCO DENATRAN	

ARUANA SEGUROS
18 DEZ 2017

