

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Soares de Fátima Lima, portador(a) do

RG nº 5390335, expedido por SSP/PE, em

/ / /, CPF/CNPJ nº 097.559.974-19,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Amplenson

Alberto N. de Amorim do sinistro de DPVAT da natureza

da vítima Amplenson Alberto Amorim Amorim Lima conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: me Retiro Renda Mensal: R\$ me Retiro

Documentos comprobatórios: Carta, Comp. Resid.

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 Jun 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Rui Barbosa, 715 - 1.º andar Graciosa - Recife / PE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lucia Neves de Arruda Lima,
RG nº 5595210, data de expedição 09/08/2007
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 027599334-58, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Gonçalves Ferreira, nº 700,
complemento Lana, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima cujo o condutor era
Anderson Alberto Neves de Arruda Lima.

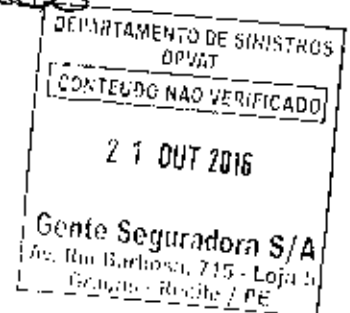
Veículo: umatoxiete
Modelo: Honda / NXR 150 BROS ESD
Ano: 2012 / 2013
Placa: PFS 6768
Chassi: 9C2K50540DR102080
Data do Acidente: 24-06-2016
Local e Data: Caruaru, 13 de outubro de 2016



Maria Lucia Neves de Arruda Lima
Assinatura do Declarante

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

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



4º Cartório e Tabelionato
Bel. Maria Regina Correia do Nascimento
Tabela

Pça. Cel. Lucídio Porto, 57 - Centro - Caruaru/PE - CEP 55002-430
Fone / Fax: (81) 3722-4614 - e-mail: 4cartorio@caruaru.pe.gov.br

Reconheço por Autenticidade a firma de:

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

Caruaru/PE, 13/10/2016 11:44:04 e dou fé. Em test.

ADRIANO LUIS CORREIA DO NASCIMENTO - Substituto,

Empl. 3,26 TSMR 0,73 FERC 0,37 Total 4,36 Selos:

0073734.PAC08201601.03074 Consulte autenticidade em www.tips-jus.br/sel

Adriano L. Nascimento
Substituto

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 238840 Prontuário: 277402
 Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
 Data Nasç.: 14/06/1996 Idade: 20 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião:
 CPF: RG: CNS: 706501365348899
 Endereço: SÍTIO GONÇALVES FERREIRA Nº: 700
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU Estado: PE
 CEP: 55002970 Fone: 98954900 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA/TRAUMATO
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 24/06/2016 17:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 10.560

PA:

FC:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 OUT 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Brasil, 715 - Loja 5
Gr. Ind. Recife / PE

Exame Provisorio:

*Contusão no membro
superior direito da cintura
lateral da escápula*

Prescrição:

Dietas:

Data:

Presc. Dir. 12/0.
Re. presc. dir. 12/0.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 22/06/16

Dr. Nilton Pereira
CRM: 10.560

Antônio Antônio L. Barros
GERENTE GERAL
CRM: 10.560

Clamp 100 ul / 20/5
100 ul / 8/10 20/5

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Carla Alberto de Lima RG: 445 490 6 55112

Endereço: rua Gonçalves Ferreira 100 Tel: 9937 3223

Data: 25/06/2016 Caruaru

Carla Alberto de Lima
Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

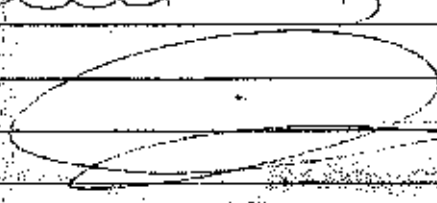
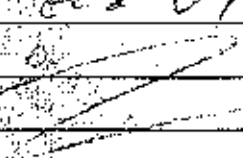
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Clínica:

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/08		Deixou o leite
25/08		Admitido ao
		Alimento CT (normal)
		em 10 minutos
		Alimento - FC
		Frutinha fechada
		Secura 1)
		
		Dr. Nilton Pereira Oncologista CRM 14.123
		25/08/16
		Ret 08/08
		11/08/2016
		600 VP
		
		DEPARTAMENTO DE SINISTROS CPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 21 OUT 2016 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - 1º andar Graciosa - Recife / PE

Paciente.....ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Assimilado.....14/06/1996
CPF.....113.025.634-51
Endereço.....SÍTIO GONÇALVES FERREIRA
Bairro.....ZONA RURAL
Cidade.....CARUARU
Telefone.....(81) 9937-1223
Entrada.....25/06/2016
Titular.....ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Idade.....11

Atend.....12880
Plano.....PARTICULAR
Matrícula.....1234567
Estado Civil.....Solteiro
Ident.....SSP -
N.....0
U.F.....PE
Profissão.....
Hora.....10:45
Acompanhante.....

Paciente ou Responsável

STDRATIMA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. FOI ATENDIDO NO
SUS, PORÉM FAMILIA OPTOU POR REALIZAR NO PARTICULAR.

Antecedentes

Exame

RX

Tratamento

Diagnóstico

FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

Pipe

Médico PABLO THIAGO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE

1º Aux.

2º Aux.

3º Aux.

Instrumentador

Anestesiologista

Cardiologista

Outros

Procedimentos

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR + OSTEOSINTESE

Caract. Cirúrgica

VIDE FICHA EM ANEXO

Dr Pablo T.C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.172

Indicação: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito

Ass. Alta: / / Hora: :

Médico Responsável:

SUX - SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR Emitido em: 25 de Junho de 2016 às 10:47



LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, ACARRETANDO EM FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO. SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO, COM FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA.

CID: S72.3.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.172
DR. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
11/07/2016

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

Anderson Alberto Neves

Apto. Nº

2392000

ENFERMAGEM

[illegible]

HOSPITAL MEMORIAL



São Gabriel

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

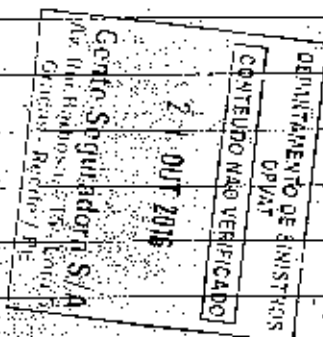
Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau

Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)

CNPJ: 22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

Paciente: Anderson Alberto NevesData: 26/06/16Clínica: PeriúrgicaApto. Nº: 308 AConvênio: Particular

PRESCRIÇÃO MÉDICA	VIA	HORÁRIO	SSVV	ASSINATURA
DIETA LIVRE				12h PA: 130 x 80 mm Hg
SSF 0,9% 1000ml EV DIA	<i>18</i>	<i>18</i>		T: 36,6°C
DIPIRONA 1g + ABD EV 4/4h SN				
TRAMAL 100mg + SSF 0,9% 100ml EV 8/8h SN				18h PA: 130 x 80
TILATIL 40mg + ABD EV 12/12h	<i>18</i>	<i>21</i>		T: 37°C
OMEPRAZOL 40mg EV /DIA	<i>06</i>			22h SVD 2.000ml
CLEXANE 40mg SC / DIA	<i>18</i>			
SSVV + CCGG	<i>retina</i>			24h PA = 130 x 80
				T = 37,8°C
				SVD = 800ml
				06h PA = 130 x 80 mm Hg
				T = 36,6
				SVD = 400ml



24 06 16
Day 2

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL

Av. José Veríssimo, 752 - Mauricio de Nassau

Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)

CNPJ: 22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

Doc.
1822
- 1822

Paciente: Anderson Belbeto

Data: 24/06/16

Clínica: _____ Apto. Nº 208A

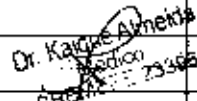
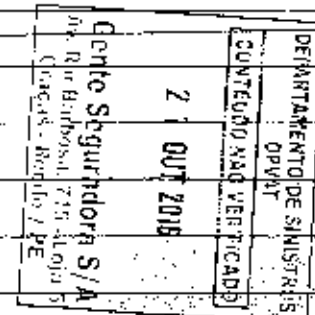
Convênio: Particular

PRESCRIÇÃO MÉDICA	VIA	HORÁRIO	SSVV	ASSINATURA
DIETA LIVRE		9h		24h
SSF 0,9% 2000ml EV DIA		10h		PA: 130x80 mm Hg.
DIPIRONA 1g + ABD EV 4/4h SN //		22h30		T 36°C
TRAMAL 100mg + SSF 0,9% 100ml EV 8/8h SN //				18h
PLASIL 10mg + ABD EV 8/8h SN //				PA: 130x70 mm Hg
OMEPRAZOL 40mg EV / DIA				T 36°C
CLEXANE 40mg SC / DIA				
CURATIVO DIÁRIO		12h		PA 120x80
SSVV + CCGG		14h		T 37°C
				DIURESE
				23h DIURESE: 1700
				06h PA 110x70
				T 37°C
				DIURESE: 300ml

[Handwritten signature]
24/06/16

[Handwritten notes and signatures in right margin]

Paciente: Anderson Alberto Data: 28/10/2016
 Clínica: _____ Apto. Nº: 208A Convênio: Part.

PREScrição Médica	VIA	HORÁRIO	SSVV	ASSINATURA
Cetoprofeno 500mg 1 amp. bol. agudo (Incluir em SPC 21.10.02) Paracetamol 750mg 2amp. vo. 3/8h fixo		08:00		
				
				

Data

3010646

Auto. N°: 308A

Convênios:

Particulars

PRESCRIÇÃO MÉDICA	VIA	HORÁRIO	SSVV	ASSINATURA
Dred. 1000 ml	SNB			126
SSF 0,9 x 1000 ml				PA: 120 x 70 mm Hg
SSF 1000 ml				T: 37,4°C
Kellin 1g				SUB: 2.000 ml
Dipropion 1g				
V. 12/12h				186
Kellin 1g				PA: 120 x 80
SSF 0,9 x 1000 ml				T: 37,5°C
SSF 1000 ml				SUB: 2.000 ml
Kellin 1g				
SSF 0,9 x 1000 ml				24 PA: 130 x 90 mm Hg
Kellin 1g				T: 37,5°C
SSF 0,9 x 1000 ml				SUB: 2.000 ml
Kellin 1g				
SSF 0,9 x 1000 ml				06 PA: 130 x 80 mm Hg
Kellin 1g				T: 37,1°C
SSF 0,9 x 1000 ml				SUB: 1.500 ml


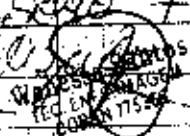
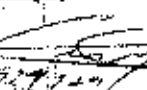
Av. José Veríssimo, 752
Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

Paciente Ayala, J. Vicente
Clínica _____

Registro N°

Acto. N°

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rubrica
27-06-16		A G 15h, planta com F.O. Saudável, suado, respirando, pup. funcional em 150, em queda para 120 - 130 bpm, sem nenhuma alteração, glauco + 100 SVO, em suporte de leite mantendo MID elevado, com quantidades moderadas de urina e sem mais evidências de insuficiência.		
27-06-16	07:00	Paciente acordado em ECE, consciente, orientado pouco laborioso, dieta zero, pup. funcional chuveirado SVO, em repouso no leite, montado MID elevado. A seguir procedimento em repouso sobre os leitos da enfermagem.		Enfermagem FELICIA DOS SANTOS 1160 Enfermagem CORRETE 2016
27-06-16	9:45	demanda curativo em F.O. de leucos com MSD, foi utilizado 2 peças de gaze + 1 por de luva estéril + 1 atadura de 40 cm + 1 SF 0,9% 100ml + 1 conector para SVO + 1 por de luva de procedimento. Sem intercorrência.		
27/06/16	18:30	Paciente em ECE, consciente e orientado, de febre, respirando. Pup. funcional em 120, diurese presente e quantizada, por liberação de 2000 mg de oxitocina, com medicação e sem mais evidências de insuficiência.	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

21 OCT 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 - Loja 5
Guaraná - Recife / PE

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Gabriel

PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÊMUR DIAFISÁRIA DIREITA

OPERAÇÃO-PROPOSTA: TTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR + OSTEOSINTESE

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

DATA: 28/06/2016

INICIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: DR PABLO THIAGO

2º AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR THIAGO

INSTRUMENTADOR(A):

1º AUXILIAR: DR ALEXANDRE RÊGO

3º AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA:

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

- 1 - PREPARO DO CAMPO
- 2 - VIA DE ACESSO
- 3 - ORGÃOS E LESÕES

- 4 - TÉCNICA E TÁTICA
- 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)
- 6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.)

- 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES
- 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA
- 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS + ACESSO AO QUADRIL (TROCANTER) + VISUALIZAÇÃO DO PONTO DE ENTRADA + INICIALIZAÇÃO + HOUVE DIFICULDADE PARA REDUÇÃO FECHADA, REALIZADO ACESSO LATERAL COXA + VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA COM COMINDUÇÃO E ASA DE BORBOLETA + REDUÇÃO CRUENTA + COLOCAÇÃO DE FIO GUIA + FREZAGEM DO CANAL + FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA + IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SSF 0,9% + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Dr Pablo T C de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.172

Sao Gabriel

Av. Jose Verissimo, 152

Mauricio de Nassau

Fone: (81) 3727-7250

CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

GNPJ 22.721.288/0001-26

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEUDO NAO

21 OUT 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Barão de Itambé, 715 - Lapa 5
Gratias Recife / PE

Registro Nº

Apto. Nº

Paciente

Clinica

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
------	------	-----------	-------------------	---------

21.10 Paciente admitido em pré-operatório de cirurgia de fêmur-segunda com ELK. Paciente orientado. Não apresenta problemas respiratórios e ELK. Medicações: Analgésico, Antibiótico, Antiemético, etc. P/SVD. Evoluto de acordo com o protocolo. Sinais vitais estáveis. Segue em observação.

23/06 Pac. evoluindo C/ EGR. Omeprazol em jejum. Sinais vitais estáveis. Paciente orientado. A/V em MS. Divulga P/SVD. Omeprazol segue aos cuidados da Equipe.

28/06 06:30 Paciente encaminhado P/Oleio. 06:35 Paciente admitido ao BC para subc. trat. Fístula com anest. local. ELK. SVD. Sinais vitais estáveis.

06:40 Encaminhado Cirurgia.

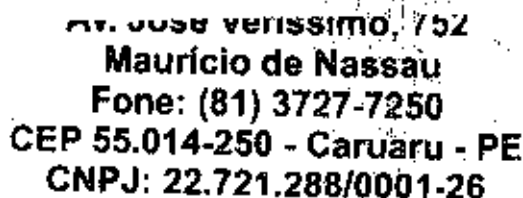
28/06/16 09:50 Encaminhado paciente após cirurgia para o quarto. PA: 110/70 mmHg, SpO2 100%, C/AVP fístula, ELK. SVD. ELK. SVD. Fístula oclusiva. Sinais vitais estáveis. Segue aos cuidados da Equipe.

Paciente: Anderson Alberto Alves
Clínica:

Registro Nº
Apto. Nº 303A

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
28/06/16	11:25	Paciente chegou do BE, consciente, com dieta livre após recuperação cirúrgica, com AUP funcional, com SVD, exames dentro da normalidade. Segue em cuidados de enfermagem.		Wanessa Santos REC ENFERMAGEM COREN 17536
28/06/16	14:00	Paciente Repunção de uso de 1 Jelco 20, 01 equipo macho e fêmea, 01 Minifur, 20cm de esparadrapo, 01 Bola de algodão, 3ml de álcool à 70%. <u>Grat</u>		
28/06/16	16:15	Paciente apresentou T 38.5°C, sendo medicado com A.M., com o resultado de exames lab no m.A., que solicitou confundi o L.C.H., contudo após apresentar febre.		Sauel 36.055
28/06/16	18:15	Paciente apresentando T. 38°C, sendo medicado com A.M. Sauel 36.055		
28/06/16	18:30	Paciente ExR, consciente, orientado, AUP funcional em JSE, apresentando Dieta: O conforme P.M., curativo em F.O., normotenso, apresentando febre 38,5, Diurese + por SVD, segue em cuidados de Enf.		André K. S. T. Nassau REC ENFERMAGEM COREN 17536



Registro N°

Apto. N° 3089

Data	Hora	Medicação		Abert. de Horário	Rubrica
------	------	-----------	--	-------------------	---------

21.20	Installosol at D. E. Usadi	0.1
	Equip. Sangre de Torro	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVA?

CONTEUDO NAO VERIFICADO

21 OCT 2016

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 745 - Lagoa
Grande - Recife / PE

Luciano Carlos
Endereço:
COP-TE: 447000

[illegible]

d-30	Cipresita	689885
	m. p. p. p.	

Paciente: Anderson Alberto
Clínica: Urologia

Registro Nº
Apto. Nº 308A

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
------	------	-----------	-------------------	---------

29-06-16 07:00 Paciente admitido em E.H. Corrente, Queen da Colômbia. Acute dist. sup. femoralmente. Peristaltismo abdominal em E.O. - duodeno 12 SUP +. Deque as condições da enfermagem.

Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 407508

29-06-16 08:00 Colheita de sangue para exames laboratoriais.

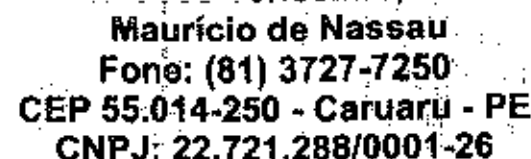
Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 407508

29-06-16 11:00 medicação conforme prescrição médica Duparano.

Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 407508

29/06 11:10 Paciente admitido em E.H. Corrente, Queen da Colômbia. Acute dist. sup. femoralmente. Peristaltismo abdominal em E.O. - duodeno 12 SUP +. Deque as condições da enfermagem. Acute dist. sup. femoralmente. Peristaltismo abdominal em E.O. - duodeno 12 SUP +. Deque as condições da enfermagem. Acute dist. sup. femoralmente. Peristaltismo abdominal em E.O. - duodeno 12 SUP +. Deque as condições da enfermagem.

Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 407508



Registro N°

Apdo. N°

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rubrica
29/6/16	23:30h	Paciente apresenta febre, tosse e piroresia.		
30/6/16	06:30	Paciente acordou consciente e orientado, afébril no momento, com tosse, bem colorado, AVP funcionando em ASE, sem sinais de desconforto. SVD, com 1 litro de leite no bico, fita elástica com fita adesiva para manter a medula e agulha em condições de uso. Sem febre.		
30/6/16	08:00	Paciente plantado com paciente em A.G.R., consciente, eufórico, afébril, com AVP funcionando + for SVD, com euvetico em F.O., exatidão de 100 conforme verificação. Sendo medicação conforme prescrição médica. Segue os cuidados.		
30/6/16	09:40	Remoção eutético ocular em F.O. Foi utilizado 1 par de luvas esteril + 2 presete de gaze + 1 par de luvas de procedimento + 1 S.F.O. 94. 100ml + 1 eutético + 05ml de cloridrina alérgica + 40cm de micropore. Realizado sem antiseptização.		
30/6/16	12h	Paciente apresenta 7.32 e, sendo malade em 1.500 ml de O.S.B.		
30/6/16	13:30	Remoção eutético ocular. Foi utilizado 1 presete de gaze + 40cm de micropore.		


Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

Paciente	Anderson Ribeiro
Clinica	

Registro N°

Apto. N° 308A

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
30/06/06	17:00	Paciente Evolu: 80% Consciente, orientada, AUP Fumegante, normotensa, Curativo em F.O., Diurese (+) por SUD, segue ass Cuidados de Enl. 		
01/07/06	19:20	Paciente evolu: 80% Consciente, orientada, AUP Fumegante, normotensa, Curativo em F.O., Diurese (+) por SUD, segue ass Cuidados de Enl.		
23:30		Paciente evolu: 80% Consciente, orientada, AUP Fumegante, normotensa, Curativo em F.O., Diurese (+) por SUD, segue ass Cuidados de Enl.		
02/07/06	06:20	Paciente evolu: 80% Consciente, orientada, AUP Fumegante, normotensa, Curativo em F.O., Diurese (+) por SUD, segue ass Cuidados de Enl.		

Paciente Anderson Alberto
Clínica

Registro Nº
Apto. Nº 308

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
------	------	-----------	-------------------	---------

01/07/16	07:25	Pac. - evoluindo c/ EOP. Consciente, orientado, diurese 7l SKD. mantendo dieta oral. medicada e hidratada. AVP funcionando. O mesmo segue as ordens de Equipe.		
"	8:30	Pac. foi retirada SKD - usado Seringa 10cc - 1		314199
01.07.16 as 8:10		Realizada curativo ocular em MIO + M3D map, para MIO modo 03 pac de gases 01 por de linha por estiel 03,50cc de micropor + cloridina elac lica, para não p por de gases 01 por de linha por estiel 11 01 alacina de 10cm + cloridina seguinte + SF10ml + co- nector + 10cm de esparadap, segue em obs da equipe		
01.07.16 as 8:20		Paciente recebeu alta hospitalar neste modo		

Alceni Jorge A. Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PE 383.152

Alceni Jorge A. Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PE 383.152

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Ruy Barbosa, 715 - Lapa 5
Graciosa - Recife / PE

MEMORIAL CARUARU

FICHA DE ANESTESIA

HORA: _____

CATEGORIA _____

NOME: Anderson Alberto Neves de Azevedo DATA: _____ REG: _____

SEXO: M COR: B IDADE: 20a PESO: 68kg ALT: _____ HOSPITAL: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO										
PRÉ-OPERATÓRIO	SANGUE	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
		GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA <u>Blockeio Axilar</u>				
		GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS	<u>Removal C + Sedação Venosa</u>				
		NA	K	CL	RESERVA ACL	<u>+ RANIVITRIL</u>				
OP. PROPOSTA: <u>Pro Laminar Fmua Fmua D</u>					ALERGIA: _____					
OP. REALIZADA: <u>A</u>					ANEST. ANTERIOR: _____					
					PRÉ-ANESTÉSICO: <u>MIDAZOLAM 5.0mg</u>					

HORA	O ₂	N ₂ O	Gases	ANOTAÇÕES
07:40				1. Correlação 1.0g
08:00				2. EPR 2.0mg
08:20				3. Ketamin 2.0mg
08:40				4. Nubain 10mg
09:00				5. Ketamin 3.0mg
09:20				6. Midazolam 5.0mg
09:40				7. Correlação 1.0g

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA	Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂
<u>Blockeio</u>	<u>1%</u>	<u>20cc</u>	<u>Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda</u>	<u>Intubação</u>
<u>Clonidina</u>	<u>1:300000</u>			
<u>Neostigmina</u>	<u>0.5%</u>	<u>12.5mg</u>	Posição <u>2</u>	Local Puncão <u>L4/L5</u> Liq. Ret. <u>LC il</u> Tec. Inj. <u>venosa</u>
<u>Clonidina</u>	<u>6mg</u>		Pos. Pós <u>1-1</u>	Pos. Pós <u>1-1</u> Aparelho <u>Ex 764</u> Cond. Final <u>Res</u>
			Resultado <u>sem</u>	Reflexo <u>-</u>
			Duração da Op. <u>02:30'</u>	Duração da Anest. <u>03:30'</u>
			Monitorização <u>Cib + Op. Fmua - Res</u>	
			Teste Aldrete e Koulik	MOV. CONS COR CIRC RESP S.R

Dr. Pablo G. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10.177

Médico Cirurgião

Dr. Antonio Tiago Guerra de Albuquerque
CRM 6599
CPF: 128.700.154-30
Médico Anestesiologista

PACIENTE	Andréson Alberto V. Lima	REGISTRO	2880	DATA	28/06/18
CONVÊNIO	Particular	PROCEDIMENTO	Frat. femur direito		
CIRURGIÃO	Roberto + Alexandre Dize	ANESTESISTA	Dr. Tarciso		
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR	Paula	INÍCIO	06:40	TÉRMINO	09:40
ANESTESIA	Periférica	CIRCULANTE	Anticoagulante		

Medicamento	Quant.
Acid. Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml	
Água destilada sol. inj. 1000ml	
Água destilada sol. inj. 10ml	10
Alfentanila sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml	
Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml	
Bupivacaina + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml	1
Bupivacaina Isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Cefotaxima sol. inj. 1g - 5amp	
Cefazolin sol. inj. 1g - 5amp	1
Cetoprofeno sol. inj. 100mg/ml - amp 2ml	
Cetoprofeno sol. inj. 100mg - fr/amp	
Cetorolaco sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Cisatracurid sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml	
Clohidrato sol. inj. 150mg/ml - amp 1ml	1
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml	1
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml	
Dextroacetaminol sol. inj. 50mg/ml - TAXA	
Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml	
Endoparal sol. inj. 40mg - sedação 0,4ml	
Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Etillefina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	1
Etimidato sol. inj. 2mg - amp 10ml	
Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA	
Glicose sol. inj. 5% - fr 150ml	
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml	
Heparina sol. inj. 5.000U - TAXA	
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp	
Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp	
Hioscina + Dipirone sol. inj. - amp 5ml	
Levobupivacaina sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	
Levobupivacaina sol. inj. 0,5% S/V - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% C/V - fr/amp - TAXA	1
Lidocaina sol. inj. 2% S/V - fr/amp - TAXA	
Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bala 100ml	
Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml	1
Morfina sol. inj. 2mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Naloxona sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	1
Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml	
Neseflymá sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml	
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp	
Ondasetron sol. inj. 4mg - amp 2ml	
Ondasetron sol. inj. 8mg - amp 2ml	
Pantoprazol sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml	
Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml	
Remifentanyl sol. inj. 2mg - fr/amp	
Ringer com lactato sol. inj. - fr 500ml	1
Rocuronio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml	
Ropivacaina sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml	
Seyofurano sol. inj. inalção 1mg/ml - TAXA	
Sufentanila sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp	

Materia Médica Hospitalar	Quant.
Agulha descartável n°	
Agulha Gengival	
Agulha para Raqui n° 28	1
Agulha Peridural n° 18	
Algodão bola	
Atadura de Crepe n°	
Atadura gessada n°	
Cateter para Oxigênio	
Cateter para ver punção n°	
Cera para Ossos	
Coletor Sistema Aberto	
Coletor Sistema Fechado	
Comprimido de gase 7,5 x 7,5	10
Dreno	
Eletrodo	1
Equip. macro com injetor	
Equip. para hemoderivados	
Escova para degermação	1
Esparadrapo	
Luva estéril n°	
Máscara descartável	1
Microscópio	1
Palito	
Sapatilha descartável	1
Scala n° 23	1
Seringa 10ml	1
Seringa 1ml	1
Seringa 20ml	1
Seringa 2ml	1
Seringa 5ml	1
Seringa 60ml	
Seringa Perda de Resistência	
Sonda de Foley 02 vias n°	
Sonda de Foley 03 vias n°	
Sonda endotracheal n°	
Sonda nasogástrica curta n°	
Sonda nasogástrica longa n°	
Sonda uretral n°	
Stimulax	
Torniquete de 03 vias	
Touca descartável	1
Tubo de silicone	
Comprimido q	1
Isomina n° 24	1
Isomina 20	1
Isomina 7,5	1
Isomina 8,0	1
Ketorolaco	1
Placa de fixação	1
Transosafix	1

Fios de Sutura	Quant.
Algodão / Agulha n°	
Algodão / Agulha	
Caprofil n°	
Catgut Cromado n°	
Catgut Simples n°	
Ethibond n°	
Fio de Ago n°	
Kit Catarata	
Monocryl	
Nylon n° 2,0	1
PDS n°	
Prolene n°	
Sera n°	
Vicryl n° 1,0	1
Fio de Cerdagem n°	
Fio de Kirschner n°	1
Nylon 3,0	1

DPME	Quant.
Liga Clip	
Tela de Polipropileno	

Líquidos	Quant.
Cloroxidina degermante 2%	
Água oxigenada	
Acool 70°	100 ml
Cloroxidina alcoólica 0,5%	
Alcool Iodado	
PVP Degermante	200 ml
PVP Iodado	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

2-1 OUT 2018

Centro Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 245 - Lm 5
GUARULHAS - SP

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
Taxa de abertura de anestesia	5:15	
Taxa de Aspirador		
Taxa de Bisturi Eletro	5:15	
Taxa de Microscópio		
Taxa de Monitor Cardíaco	5:15	
Taxa de Motor	5:15	
Taxa de Oxímetro de Pulso	5:15	
Taxa de Sala	5:15	
Taxa de Videolaparoscopia	5:15	

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Intensificador		
GAZES		
Az comprimido		
CO2		
Oxigênio		
Nitrogênio		

Ficha de Controle de OPME



Cliente: Anderson A. N. Lima Médico Assistente: Pablo Alexandre Taga

Data: 28/09/16 Hora: 06:45 Anestesiista: Dr. Tiago Cirurgia: Ext. Fêmur direito

Sala do procedimento: 3 Registro do Protuário: 2880

OPME UTILIZADOS

Itens	Quantidade	Itens	Quantidade	Itens	Quantidade
Reservatório		Prótese mamária		Placa	
Dreno de black		Placador externo		Parafuso	
Tesoura ultracision		Rt da gastrotomia		Fibra Laser	
Trocater		Lâmina túnel do corpo		Cateter Duplo J	
Cargas Azul/Branca		Ancora		Fio Gula	
Grampeador		Canula		Basket	
Alça de ressecção		Porteira de rádio frequência		Bisturi de cãpo	
Cateterotral implantável		Equipo Bomba		Enxerto Osseo	
Cola biológica		Lâmina de Shaver		DIU	
Tela de prolene					
Outros		Outros		Outros	

Observação:

Pavelma
Circulante da sala

HEMOPI		SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS	
		EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTE	
1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CPF: 113.025.659-57	
NOME COMPLETO: <u>Anderson Roberto Alves de Almeida Lima</u>			
NOME DA MÃE: <u>Maria da Glória Lima</u>			
Tipo de documento: <u>CPF</u>			
Nº:	Complemento: <u>Zone Rural, Lote 100 - R.</u>		
FONE: <u>81 99 5712 65</u>		PCNS:	
DATA NASC: <u>19/09/80</u>	IDADE: <u>35</u>	SEXO: <u>M</u>	RAÇA: <u>BRANCO</u>
CONVULSÃO: <u>Positivo</u>	HISTÓRICO DE TRANSFUSÃO: <u>Positivo</u>		
2 IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL			
HOSPITAL: <u>ANSC</u>		TELEFONO: <u>81 3361 7277</u>	
FONE: <u>81 3361 7277</u>		LOCAL DO HEMOCENTRO: <u>Quilômetro 10, Rod. BR-101</u>	
3 DIAGNÓSTICO (HISTÓRICO DE DOENÇA): <u>Doença de Crohn</u>		RUBRICADO DE EXAMES DATA:	
4 HISTÓRICO DE TRANSFUSÃO:		Hb: PLACQUETAS:	
ANTECEDENTES DE TRANSFUSÃO: <u>Sim</u>		HT: INR:	
ANTECEDENTES DE DOENÇA: <u>Sim</u>		ABORTO:	
REAÇÃO TRANSFUSIONAL: <u>Não</u>		DATA:	
USAR SANGUE FENOTIPADO: <u>Não</u>		QUAIS FENÓTIPOS:	
5 HEMOCOMPONENTES E TESTES ADICIONAIS (HISTÓRICO):			
<u>01 Concentrado de Glóbulos Vermelhos</u>			
6 TIPO DE TRANSFUSÃO:			
<input type="checkbox"/> PROGRAMADA - DATA: <u>29/06/16</u> HORA: <u>16:10</u>		<input type="checkbox"/> URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 01 HORA DESDE QUE NÃO ESTAR CONTRA-INDICADA	
Assinatura Valida por 48 horas Fone para contato: 3182 4812		<input type="checkbox"/> EXTREMA URGÊNCIA - ALTO RISCO SEM PROVA CRUZADA E DECLARAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE QUE ESTÁ SOB MINHA RESPONSABILIDADE MÉDICA. AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE NÃO PERMITEM A REALIZAÇÃO DE TESTES DE REAÇÃO DA TRANSFUSÃO (RISCO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL É ALTO).	
ASS. (CARGA MÉDICA): <u>Dr. Pablo T. C. de Albuquerque</u>		DATA: HORA:	
RECEBIDO NO HEMOCENTRO: <u>29/06/16</u> HORA: <u>16:10</u>		FUNCIONÁRIO (MATRÍCULA): <u>51111</u>	
TIPO DE PACIENTE: <u>Adulto</u>		PESO: <u>70</u> ALTURA: <u>1,70</u> IRREGULARES: <u>Não</u>	
TUBO COLETOR: <u>3762865</u>		TUBO: <u>37</u> AGN: <u>37</u> GEL: <u>37</u> CONCLUSÃO: <u>OK</u>	
Nº DA BOLSA: <u>250537-7</u>		PRODUTO: <u>Plasma</u> ABC: <u>16</u> VALIDADE: <u>35L</u>	
RESPONSÁVEL: <u>Dr. Pablo T. C. de Albuquerque</u>		RESPONSÁVEL: <u>Dr. Pablo T. C. de Albuquerque</u>	

0012
Anexo do documento
FOLHA 0012 DE 0012

UNIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9 284 112 29/08/2011

NOBRE << ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA >>

FLANCO << CARLOS ALBERTO DE LIMA >>
<< MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA >>

NACIONALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 14/06/1996

SOCORRIMENTO << CN 80502 L 504 F 595 CART 1ª ZONA CARUARU-PE 17.06.1996 >>

CPF 113.025.654-51

ASSINATURA DO DIRETOR

EL 107 1111111111

P-44 82 155 - 8423

RECEBIMOS DE VOS
R\$ 1.000,00 (um mil reais)
em 01/09/2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 210 - 1º andar
Belo Horizonte, MG

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CAC-05

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NAO VERIFICADO
21 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Rio de Janeiro / RJ

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIENDO NAO VENCERAM
21 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Iluminação, 715 - Lapa
Rio de Janeiro - RJ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012211702530

VIA 495025574
EXERCÍCIO 2016

NOME MARIA LUTIA NEVES DE ABRILIA LIMA

PLACA 9271059-58

PLACA ANTIGA 9271059-58

COMBUSTÍVEL ALCOOL

ANO FAB 2012

CATEGORIA PARTIC

VENO COTA UNICA 1

PREMIO TARIFARIO 1

SEM RESERVA

DATA 25/01/16

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012211702530 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA LUTIA NEVES DE ABRILIA LIMA

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

SAC DPVAT 0800.622.1204

CARUARU - PE

EXERCÍCIO 2016

PLACA 9271059-58

COMBUSTÍVEL ALCOOL

ANO FAB 2012

CATEGORIA PARTIC

VENO COTA UNICA 1

PREMIO TARIFARIO 1

DATA 25/01/16

SEGURADORA LIDER DPVAT

www.seguradoralider.com.br

PRESEÇA E COBERTURA DO SEGURO DPVAT

DE ACORDO COM A LEI Nº 4.090/62



SUBPARCEIRO – CARUARU
PROCESSO REGULARIZAÇÃO

Cobertura Reclamada: INVALIDEZ

RELACÃO DE DOCUMENTOS ENVIADOS

X	AUT PAGAMENTO E SALDO
X	BAM
X	B.O
X	DUT
X	DEC PROP VEÍCULO
X	PROCURAÇÃO
X	DEC SUSEP
X	DOC INTERMEDIARIO

Atenciosamente

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
21 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Luj. 5
Graciosa - Recife / PE



ESCRITÓRIO DE SEGUROS
Ressarcimento de seguro DPVAT e outros

SUBPARCEIRO – CARUARU **PROCESSO NOVO**

Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Processo:

Cobertura Reclamada: INVALIDEZ

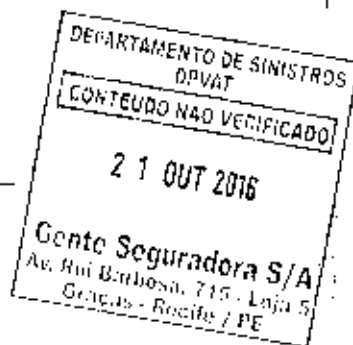
Estou encaminhado sinistro com documentos de acordo com a cobertura reclamada supra acima, pelo reclamante ora também mencionado. No aguardo, renovamos protestos de elevada estima e consideração.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ENVIADOS

X	CPF E RG
X	DEC.E COMP. RESIDÊNCIA
X	SAMU
X	LAUDO MÉDICO
X	DEC AUS IML

CARUARU, 21 DE JULHO DE 2016

Atenciosamente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160655654 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 24/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160655654 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 24/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DIREITO
TRAUMA CONTUSO MÃO DIREITA, RUPTURA TRAUMÁTICA DO LESÃO EXTENSOR DO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MEMBRO INFERIOR DIREITO
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FEMUR DIREITO, HASTE INTRAMEDULAR E CONSERVADOR MÃO DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO JOELHO DIREITO, CLAUDICAÇÃO LEVE E LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160655654 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 24/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DIREITO
TRAUMA CONTUSO MÃO DIREITA, RUPTURA TRAUMÁTICA DO LESÃO EXTENSOR DO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MEMBRO INFERIOR DIREITO
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FEMUR DIREITO, HASTE INTRAMEDULAR E CONSERVADOR MÃO DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO JOELHO DIREITO, CLAUDICAÇÃO LEVE E LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9979086

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vitima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9981794

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vitima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10746084

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10902441

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 000000082758-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3160655654 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO VILA GONCALVES FERREIRA nº 700 - GONCALVES FERREIRA - GONCALVES FERREIRA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9284112 - SSP**
Data local do exame: **18/04/2017 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)

FRATURA FEMUR DIREITO

TRAUMA CONTUSO MÃO DIREITA, RUPTURA TRAUMÁTICA DO LESÃO EXTENSOR DO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

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 atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO FEMUR DIREITO, HASTE INTRAMEDULAR E CONSERVADOR MÃO DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO JOELHO DIREITO, CLAUDICAÇÃO LEVE E LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO DIREITA.

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.

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MEMBRO INFERIOR DIREITO
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 3 DEDO DA MÃO DIREITA**

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

3 DEDO DA MÃO DIREITA

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CARUARU, 18/04/2017

Médico Perito: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ CRM:52.63583-9/RJ

Janice de Almeida P. Miguez
Medicina do Trabalho
CRM 52.63583-9



4 500000 000000 000000 000000 000000 000000
"2814"

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, Anderson Alberto Neves de Almeida Lima
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9284 112 EXPEDIDO POR SDB/PE EM 29/08/11 E
 CPF 713025654-51 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recurso
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Alberto Neves de Almeida Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- [illegible]

Os bancos **BRABESCO** e **ITAÚ** têm acordo junto à Seguradora **LIDER-DPVAT** para abertura de conta **POUPANÇA** para fins de **DPVAT** sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0051 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 827-58-4

Caruaru, 13 de Outubro de 2016 Xandson Alberto de S. de Almeida Lima

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

250-728129181-8

05/SET/2016 HORA DE 12:28:22

LOT. 15.020356-8

LOCALIDADE: CARUARU

AB. VENCIDA: 3016

TERM 05546

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0051.00082758-4

NOME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE 05/09 SALDO

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE 05/09 SALDO

RESUMO EM 05/09

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

250-728129181-8

1a VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

21 OUT 2016

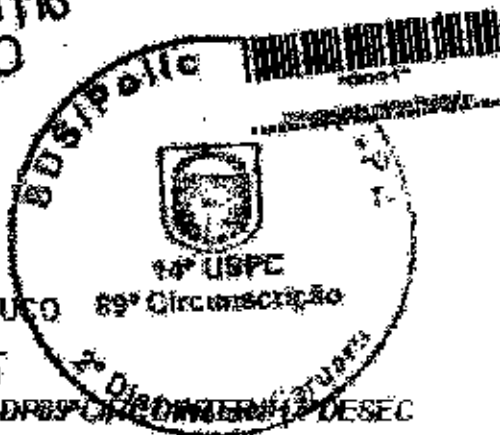
Gente Seguradora S/A

Av. Irmã Barbosa, 715 - Loja 5

Gravata - Recife / PE



442204116
342300



BOLEIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0179002758

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
 Complementarmente observo: A MOTOCICLETA **NÃO INFORMADA** Celular apreendido: **NÃO**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 UNIDADE NÃO INFORMADA**

Placa: **P05755 (PE) - MIBUCO (4504) - RJ** Chassi: **9C2K005400R102020**
 Ano Fabricação: **2012/2013**

Complementarmente Observação

A VITIMA NÃO LEMBRA DE NADA SOBRE O ACIDENTE, E QUE LHE DISSERAM QUE A VITIMA EM SUA MOTOCICLETA COLIDIU COM UM CARRO QUE ESPREMEU PLUGA. A VITIMA FRATUROU O FÊMUR DIREITO, FRATUROU O TENDÃO DO DEDO DA MÃO DIREITA, DESTRANHEI OS DOIS OLHOS, E OUTRAS ESCORIAÇÕES, LEVOU UMA PANCAIDA NA CABEÇA, FICANDO INCONSCIENTE POR TRÊS DIAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, indo no dia SEQUINTE PARA O HOSPITAL SÃO GABRIEL, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, FICANDO INTERNA DA POR DOIS DIAS.

Assinatura do(a) pessoa(s), presente na autoridade policial

x Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
 (OUTRAS)
x Maria Lucia Neves de Arruda Lima
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA
 (OUTRAS)

É registrado por: **BRUNNA RIBEIRO DE MELO OLIVEIRA** - Matrícula: **296209-6**



Boletim de Ocorrência
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 13 out 2017
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
 Graciosa - Recife / PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DPB3ª CIRC
DINTER/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0179003371

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/11/2016 às 09:43

Complementa o B.O. Número:
 16E0179002750

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/10/2016 às 15:38

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, ESTRADA DE GONÇALVES FERREIRA -
 Bairro: CONAS III - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
 DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
 MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (DIJINO)
 ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
 OUTROS TIPO DE OBJETO: (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): ANDERSON ALBERTO
 NEVES DE ARRUDA LIMA

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

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA Pai: CARLOS ALBERTO DE LIMA Data de Nascimento: 14/8/1986
 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, BOM GONÇALVES FERREIRA, RUA MANOEL BARAUNA, 700 - CEP: 0
 Bairro: CONAS III - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
 Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
 Mãe: RAMIRO SEVERINO DE ARRUDA Pai: MARIA JULIETA NEVES DE ARRUDA Data de Nascimento: 24/2/1977
 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

CARRO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **2 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **2 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PE 86788** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **SC2ND0640DH182089**
Ano Fabricação: **2013**

Complemento / Observação

A VITIMA NAO LEMBRA DE NADA SOBRE O ACIDENTE, E QUE LHE DISSERAM QUE A VITIMA, QUE ESTAVA NA RUA CITADA, QUE ESTA EM NOME DE SUA MÃE, COLIDIU COM UM CARRO QUE EMPREENDEU FUGA. A VITIMA FRATUROU O FEMUR DIREITO, FRATUROU O TENDÃO DO DEDO DA MÃO DIREITA, DERRAME NOS DOIS OLHOS, E OUTRAS ESCORIAÇÕES, LEVOU UMA PANCADA NA CABEÇA, FICANDO INCONSCIENTE POR TRÊS DIAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, indo no dia SEQUINTE PARA O HOSPITAL SÃO GABRIEL, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, FICANDO INTERNADA POR ONTO DIAS.

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

Assinatura: *Alberto Neves de Arruda Lima*
ANDERSON ALBERTO NEVES DE
ARRUDA LIMA
(VITIMA)

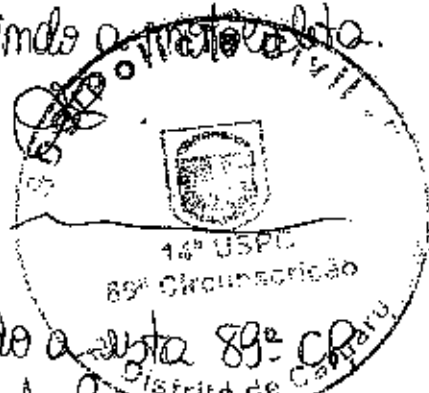
Assinatura: *Maria Lucia Neves de Arruda Lima*
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA
LIMA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **BRIANNA RENE DE NELO OLIVEIRA** - Matrícula: **296809-6**



→ Complemento do historico.

Informe que a vítima relata que estava conduzindo a motocicleta. Agente de Polícia Brianna Rene de Nelo Oliveira. Matrícula: 296.809-6



Declaração:

Imúmeras vítimas de acidentes estão compondo a esta 89ª CP com solicitações deste órgão para que a Polícia Civil de Pernambuco modifique o historico de seus Boletins de ocorrência de acordo com a vontade desta seguradora, além disto as referidas vítimas não são mandados apenas uma vez, mas várias vezes, cada vez para modificar um ou mais fatos do historico. INFORMO QUE O HISTORICO DOS B.O'S DA PCPE É DE COMPETENCIA DA PCPE E NÃO DA SEGURADORA.

Agente de Polícia: **Brianna S.H. Oliveira**.
Matrícula: **296.809-6**.



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em ____/____/____.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação AA4C08FAC6D88E5F

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação AA4C08FAC6D88E5F

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

RG nº 9.284.112, data de expedição 29/08/11, Órgão SDS/PE

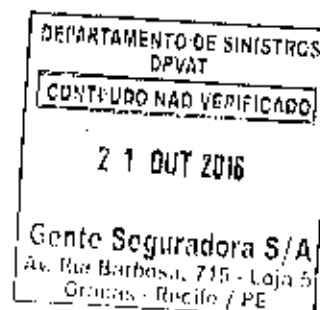
CPF nº 113.025.654.51, venho perante a este Instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

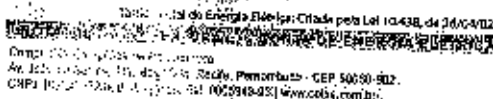
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Gonçalves Ferreira</u>
Número	<u>700</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Gonçalves Ferreira</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55105-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3426 4486</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 21 de julho de 2016

Assinatura do Declarante: X. Anderson Alberto Neves de Arruda Lima





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VIGONÇALVES FERREIRA 700

CONCALVES FERREIRA / CONCALVES FERRE
CARUARU / PE
55 104-090

010803405 0472918

LE-7706E

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo médio de 30 kWh	30,00000000	1,08687838	4,87
Consumo médio de 100 kWh	100,00000000	1,24611704	18,91
Consumo médio de 220 kWh	220,00000000	1,42881089	17,00

1. செய்தியைத் தவிர்த்தல்

INÍCIO		ANTERIOR		ATUAL		MEIO	QUANTIDADE	ALUGUEL	CONSUMO (KWH)
INÍCIO	TIPO DE FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS			
1993331	CAT	06/09/01	2479,00	06/7/2015	5299,00	30	1,00000		104,30

[illegible][illegible][illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE



Unidade de Gerenciamento de Recursos
 NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Rua Manoel de Medeiros, 10, São José, Recife, Pernambuco - CEP 52060-002
 CNPJ 06.955.000/0001-00 | INSC EST 10.594.000 | Fone: (0800) 700.000



DADOS DO CLIENTE
 NOME: FÉLIXAS DE PAIVA LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 AV SANTOS DUMONT, 113

CPF: 027.542.774-10

APRITOS RECIFE
 RECIFE PE
 02000-000

CLASSIFICAÇÃO
 95 COVERSÃO
 OUTROS SERVIÇOS ELÉTRICOS E MONTAGEM

CONTA CONTRATO 0008574014 11/2015

INSCRIÇÃO FISCAL
 001-00281

SERIE
 UNICA

PERÍODO
 11/2015

DATA DE VENCIMENTO
 15/12/2015

DATA DE EMISSÃO
 12/12/2015

APRESENTAÇÃO
 11/12/2015

VALOR DO DÉBITO
 2002272537

VALOR DA CANCELAMENTO
 2131000

TOTAL A PAGAR (R\$)

778,41

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica	110,317000	3,86042633	822,33
Adicional de Bandeira Vermelha			71,86
Consumo de energia elétrica			21,74
ICMS Substituição - CDE-NE 001000116-1302/15			3,94
ICMS Substituição - CDE-NE 001100116-1302/15			8,33
Mutação de endereço - CDE-NE 001100116-1302/15			14,38
Mutação de endereço - CDE-NE 001100116-1302/15			8,83

TOTAL DA FATURA

778,41

DEMONSTRATIVO DE CANCELAMENTO DESTA NOTA FISCAL

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Esta nota fiscal é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco, inscrita no CNPJ 06.955.000/0001-00, sob o regime de tributação do ICMS. A presente nota fiscal é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco, inscrita no CNPJ 06.955.000/0001-00, sob o regime de tributação do ICMS. A presente nota fiscal é emitida em nome da Companhia Energética de Pernambuco, inscrita no CNPJ 06.955.000/0001-00, sob o regime de tributação do ICMS.

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41	12/12/2015	778,41

TOTAL A PAGAR (R\$) 778,41

8387000007-9 78410011000-8 00857401410-7 02822729253-7



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 21 OUT 2015
 Gente Seguradora S/A
 Rua Rui Barbosa, 715 - Loja 5
 Graças - Recife / PE



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 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0905843-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA
CPF: 027.552.274-19

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV SANTOS DUMONT 223

AFLITOS/RECIFE
52050-050 RECIFE 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

15/03/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

147,22

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/02/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO
09/02/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL
001099104

CONTA CONTRATO

000008574014

Nº DO CLIENTE
2002527537

Nº DA INSTALAÇÃO
0002636484

CLASSIFICAÇÃO

B3 - COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E65B.536E.B3C9.CED2.19CE.FE6A.9815.39D7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	428,00	0,61089182	261,42
Contribuição Iluminação Pública			25,84
ICMS Subvenção CDE-NE 004159318-13/12/16			0,13
Devolução de Crédito			132,96
Atualização IGP_M-F Retenimento a Maior			2,54
Atualização Juro de Mora-Fat. a Maior			4,77
TOTAL DA FATURA			147,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
261,42	25,00	65,36	261,42	0,50	1,30	261,42	2,29	5,98

Comunicação e não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	61 Real	Valor
15/02/16	08/02/17	18,98
15/01/16	09/02/17	3,17

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito de SPC e SERRASA, assim abrangendo nacional. Esta comunicação não substitui o envio de débitos anteriores bem como não abrangendo débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo (kWh) 0,61089182

HISTÓRICO DO CONSUMO

FEV	13	428
JAN	10	30
DEZ	10	30
NOV	18	30
OCT	16	30
SET	16	30
AGO	16	30
JUL	16	30
JUN	16	30
MAY	16	30
ABR	16	30
MAR	16	30
FEV	16	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geradores de Energia	51,95	31,22
Rematarias	3,70	1,42
Distribuição (Celpe)	51,74	22,72
Encargos Setoriais	26,77	10,24
Tributos	72,83	27,78
TOTAL	261,42	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
070688	CAT	12/01/2017	33.885,00	09/02/2017	34.297,00	28	1,0000	0,00	428,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/03/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MED. MENSAL	MED. TRIM.	MED. ANUAL
maio/2016					
DIC - No de horas sem Energia	TAMARINEIRA	0,00	5,07	10,10	20,30
FIC - No de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC - Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,85	0,00	0,00
DIC - No de vezes de interrupção em dia crítico					
Linha DIORE 12,22					
SUSU - Valor do Encargo de Uso = R\$ 50,21					
Nota: Esta unidade deve ser lida e apurada das informações DIC, FIC, DMIC e DICI e qualquer símbolo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
Unidade com impedimento à leitura de medidor sujeita à suspensão do fornecimento de energia. Res. ANEEL 414/10.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Consumo Estimado - Local de Cons. Porta, Portão Fechado - Desocupado.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000008574014	02/2017	147,22	15/03/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838400000914 472200110007 008574014107 088582023436



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

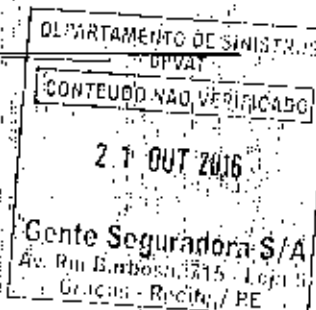
Pelo exposto, eu Guilherme Seixas de Paiva Lima, portador(a) do RG nº 5320135, expedido por SSP/PE, em 1/1/2016, CPF/CNPJ nº 027.552.274-19,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Anderson Alberto Neves de Arruda Lima do sinistro de DPVAT da natureza Involidez da vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: ENVIA Comp Residência

ASSINATURA: PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

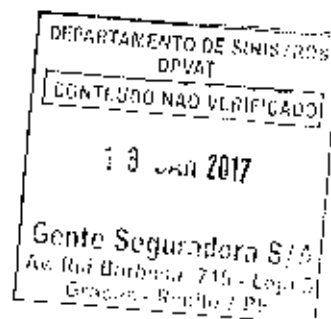
Pelo exposto, eu Guilherme Seixas de Biva Lima, portador(a) do RG nº 5.320.135, expedido por SSP/PE, em ___/___/___, CPF/CNPJ nº 027.552.274-19,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Anderson Alberto Neves de Arruda Lima do sinistro de DPVAT da natureza Inicialidade da vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: CNH/Comp. Residência

X ASSINATURA: PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Soares de Paula Lima portador(a) do RG nº 9320135, expedido por SSP/PE, em 1/1/, CPF/CNPJ nº 027.552.274-34,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Amplenson Alberto Alves AR Limão sinistro de DPVAT da natureza ANULADA da vítima Amplenson Soares de Paula Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSA Renda Mensal: R\$ RECUSA

Documentos comprobatórios: COM COMP RESIDENCIA

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
30 JAN 2017
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 3 Graciosa - Recife / PE