



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº - Centro, Surubim - PE

Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que SEVERINO FERREIRA DA SILVA, deu entrada neste serviço no dia 28/03/17 vítima de queda de moto, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Getúlio Vargas para avaliação com traumatologista, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 12 de maio de 2017.

Adriana Olívia Cabral
Adriana Olívia Cabral
Funcionária Encarregada





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
DATA: 07/04/2017

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
DATA: 07/04/2017

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista
CRM 10531

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**,
prontuário nº108.5277, admitido neste hospital em 29/03/2017 com diagnóstico de
Fratura/Luxação Acrômioclavicular Esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 07/04/2017.

Recife, 09 de Maio de 2017.

Roberta C. de Almeida

Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0005-51 (03 vias)	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		SENHA:	
CARTÃO SUS:			
NOME DO PACIENTE: <i>Sergio Ferreira da Silva</i>			
DATA DE NASCIMENTO: <i>01/12/1985</i>	SEXO: <i>M</i>	Nº DO REGISTRO: <i>494934</i>	
NOME DA MÃE: <i>Maria de Lourdes da Silva</i>			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO: <i>Zona Rural</i>
MUNICÍPIO: <i>Verante do Leão</i>		UF:	CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
<i>Doença aguda de Trauma em membro superior direito</i> <i>há 10 horas em dor: edema e antecolagem AC</i>			
EXAME FÍSICO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
<i>Rx - B. AC III</i>			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
<i>LAC III</i>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO:	
<i>Atendimento Cirúrgico</i>		CARATER DA INTERNAÇÃO:	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:		DATA:	
<i>Ortopedia</i>		<i>Dr. Luiz Moraes</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM - 13773</i>	
DATA: <i>11/03/17</i>		DATA: <i>Dr. Luiz Moraes</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM - 13773</i>	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR:	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
<i>Dr. Luiz Moraes</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM - 13773</i>			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:			
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.890-080 Fone: (081) 211.55.000			

ARQUIVADO
 02/03/2017

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
--------------------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____ 2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H.S.A. 4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: SOUZANA FERREIRA DA SILVA 6 - DO PRONTUÁRIO: 19636

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 9 - SEXO: _____ 10 - RAÇA/COR: _____

11 - NOME DA MÃE: _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO: _____

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO: _____

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____ 17 - CÓDIGO MUNICIPAL: _____ 18 - UF: _____ 19 - CEP: _____

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____ 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____ 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____

25 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____ 26 - CID 10 PRINCIPAL: _____ 27 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Trat. Cir. de Fratura Luxação Acromioclavicular Esquerda 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 07C203602301

31 - DATA DE ACOMPANHANTE: _____ 32 - DATA DE LIT. TIPO: _____ 33 - DATA DE LIT. TIPO: _____ 34 - DATA DE LIT. TIPO: _____

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Trat. Cir. de Fratura Luxação Acromioclavicular Esquerda 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 07C203602301

37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: Trat. Cir. de Fratura Luxação Acromioclavicular Esquerda 38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 07C203602301

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente motociclístico há 24h, resultando em Fratura Luxação Acromioclavicular Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Roberto Gomes 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/06/2017

41 - DOCUMENTO: _____ 42 - Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE): 90670092420

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

46 - DOCUMENTO: _____ 47 - Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR): _____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL GETULIO VARGAS - RECIFE	DATA DA SOLICITAÇÃO: 29/03/17 08:07
MÉDICO SOLICITANTE: ALCY MARIA DE SOUZA LIMA KRIGER PINHEIRO	Nº SOLICITAÇÃO: 305200

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: SEVERINO FERREIRA DA SILVA	Nº DO PRONTUÁRIO:
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 01/12/1985
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DE LOURDES DA SILVA	SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA SEVERINO APOLÔNIO DE FRANÇA, SEM NUMERO	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: VERTENTE DO LÉRIO	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2616183,00
	UF: PE
	CEP:

Dados sobre o Transporte

MÉDIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO: 29/03/17 12:50
OBSERVAÇÃO: OK	
OBSERVAÇÃO EXICUTANTE:	

Regulador

MÉDICO REGULADOR: POLYANNA ROSSANA NEVES DA SILVA	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
TIPO LETO: CIRÚRGICO	

Executante

ESTABELECIMENTO: HOSPITAL SANTO AMARO - RECIFE	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 29/03/17 12:47
MÉDICO AUTORIZADOR:	

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**
Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)
Data: 06/04/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 29/03/2017 15:42 Data da alta: 07/04/2017 15:19
Intervalo: 9

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Luxação
Acrômio Clavicular Esquerdo CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. de Fratura Luxação Acrômio
Clavicular Esquerdo + Tenotomia + Teniorrafia + Neurolise
CÓDIGO: 0408010185 / 0408060468 / 0408060450 / 0403020077

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Leonardo Canêjo	13783
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Ezaú Figueiredo	17356
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 24h, resultando em Fratura
Luxação Acrômio Clavicular Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 18/04/2017 10:02

Azarias Salgado
Assinado digitalmente em
18/04/2017

Azarias Salgado
Assinado digitalmente em
18/04/2017





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)

Data: 06/04/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 29/03/2017 15:42 Data da alta: 07/04/2017 15:19

Intervalo: 9

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura Luxação Acrômio Clavicular Esquerdo CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO, CRM: 6218, Data e Hora: 18/04/2017 10:02:40





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)

Data: 06/04/2017 / 12:16 Convênio:

SUS - AMB

Intervalo: 9

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife: 06/04/2017 - 12:17

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acrômioclavicular esquerda

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acrômioclavicular esquerda

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular + Tenotomia + Neurólise + Tenotomia

Cirurgião: leonardo canejo

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: ezau figueiredo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

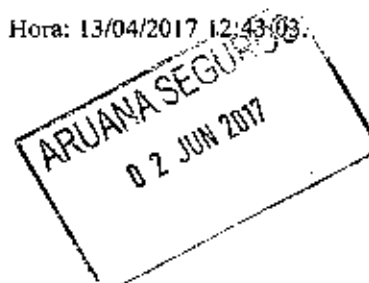
- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em tipo "golpe de sabre" do ombro esquerdo. Dissecção por planos e hemostasia. Tenotomia de trapézio e peitoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 01 âncora em base de processo coracóide (carregada com 1 fio de ethibond), e fixação de articulação acromioclavicular com 02 fios de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenotomia de músculo peitoral.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

MEDICO: Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO, CRM: 13783. Data e Hora: 13/04/2017 12:43:03.

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - RCP 111/03





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias.

CID: C.I.D. S431

Recife, 20/04/2017

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEST 15123

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017

Casa de Misericórdia de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Reg.: 496316

Pront.: 1085277

Telefone: 81982354028

Dt. Nasc.: 01/12/1985

RG: 7161024

Titular: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO F4

IH No.: 1 Admissão: 29/03/2017 15:42

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID: S431

OS:

Data/Hora: 06/04/2017 12:19

Exames Solicitados:

- 1) RX ART ACROMIO-CLAV ESQ

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJC

CRM: 13783

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10801

ARUANA SEGIROS
02 JUN 2017

Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Médico de Alta

**SANTA CASA**
de Misericórdia de Recife
Santa Casa de Misericórdia de Recife
Av. Cruz Cabugá, 1560 - Santa Annunziata - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3000 | E-mail: sac@scmrecife.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Nome: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Reg.: 496316 **Pront.:** 1085277
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 01/12/1985
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 31
Admissão: 29/03/2017 15:42 **Alta:** 07/04/2017 11:22

Admissão:

LAC A ESQUERDA

Evolução / Conduta:

OPÉRADOS EM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S43.1 **LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR**

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	29/03/2017 15:42	07/04/2017 11:22	9 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº LEONARDO CANEJO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS-CIRÚRGICO

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S431

Recife, 07/04/2017

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

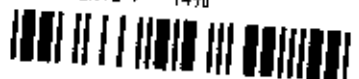
Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista
CRM 10531



SOLICITAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO AO SAME

Nome do Paciente:		
Glaucia Lima da Silva		
Idade:	Telefone(s) da Central:	
31/01/2011	(81) 3412-3915	
Emprego:		
Téc. Segurança, S. A.		
Endereço:	Cidade:	Estado:
	Itaboraí	RJ
Nome da Mãe:		
Marta da Conceição da Silva		
Prontuário:	Data de Entrada:	Alm.
108.503.7	22-03-11	07:00:11
Nome do Consultante:		
O. Nogueira		
Data de Apresentação:		
Leido pelo Sr(a):		
DRA. T		
Obs:		
Hist. do caso E.		
☒ Laudo Médico	☒ Cópia do Prontuário	
Obs: Para solicitação de cópia do prontuário anexar a Xerox da Identidade ao pedido. Ligar após 30 dias para o telefone (81) 3412-3915 de Segunda à Sexta, das 7h às 18h.		
Recibo <u>20</u> de <u>06</u> de 201 <u>1</u>		
* <u>Glaucia Lima da Silva</u>		
(O Laudo só será entregue ao paciente, parente de 1º grau ou procurador)		

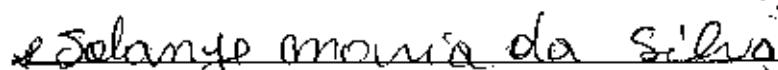
ARUANA SEGUNDO
02 JUN 2017



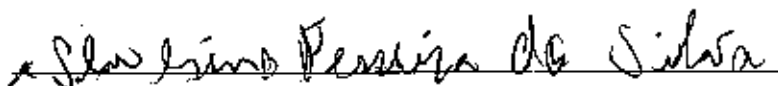
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SOLANGE MARIA DA SILVA,RG nº 8.013.275, data de expedição 02/03/2006Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 081.198.324-26, com domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado dePERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)SITIO ZE DE LIRO, GANCHO DO GALO, nº 1222,complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima SEVERINO FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor eraSEVERINO FERREIRA DA SILVAVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 150 FAN ESAno: 2013Placa: KIE 7040Chassi: 9C2KC1670DR491593Data do Acidente: 28.03.2017Local e Data: SURUBIM - PE - 11 MAIO 2017


Assinatura do Declarante

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

PRIMEIRO OFÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL SURUBIM.
7 de Setembro, 334, Surubim-PE (81) 36341492.

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de:.....

(1) SOLANGE MARIA DA SILVA. Ao Cartório: R\$ 3,49 -
TSMR: R\$ 0,78 - FERC: R\$ 0,39 - Total: R\$ 4,66.
Dou fe. 29/05/2017, 08:42. Em Testemunho, João....
Paulo N. da Silva - Escrevente: Selo.....
0077214.YXK03201701.01143.

ARQUIVADO
02 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDESRG nº 4.810.389, data de expedição 17/06/02, Órgão SSP/PE

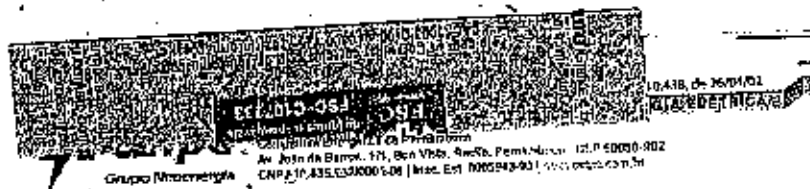
CPF nº 945.234.444-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOAO BATISTA</u>
Número	<u>370</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SURUBIM</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55750000</u>
Telefone de Contato	<u>981298619</u>
E-mail	<u>— x —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SURUBIM-PE, 17 MAIO 2017Assinatura do Declarante: Adriana M. Moura de A. Fernandes.

02 JUN 2017



DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CONTROLO RUBIM
SUNUBMPE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Miniflexão

01/04/2017 01/04/2017
01/04/2017 01/04/2017

01/04/2017 01/04/2017
01/04/2017 01/04/2017



QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
227,000000	0,58382518	134,79
Consumo Alim (KVAh)		5,35
Acrescimo Bandeira AMARELA		1,30
Acrescimo Bandeira VERMELHA		16,10
Contribuição Iluminação Pública		0,00
ICMS Subv. do CDE-NE 000328000-05/01/17		0,00
ICMS Subv. do CDE-NE 000328000-05/01/17		0,00

TOTAL DA FATURA

158,45

Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONTRIBU (R\$)
RENDOR	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000	CAT	01/01/2017	31 226,00	01/01/2017	31 226,00		227,00

PERÍODO		VALOR DO	PERÍODO	VALOR DO
01/01/17	227,00	01/01/17	227,00	
02/01/17	175	02/01/17	175	
03/01/17	120	03/01/17	120	
04/01/17	107	04/01/17	107	
05/01/17	100	05/01/17	100	
06/01/17	100	06/01/17	100	
07/01/17	100	07/01/17	100	
08/01/17	100	08/01/17	100	
09/01/17	100	09/01/17	100	
10/01/17	100	10/01/17	100	
11/01/17	100	11/01/17	100	
12/01/17	100	12/01/17	100	
01/02/17	100	01/02/17	100	
02/02/17	100	02/02/17	100	
03/02/17	100	03/02/17	100	
04/02/17	100	04/02/17	100	
05/02/17	100	05/02/17	100	
06/02/17	100	06/02/17	100	
07/02/17	100	07/02/17	100	
08/02/17	100	08/02/17	100	
09/02/17	100	09/02/17	100	
10/02/17	100	10/02/17	100	
11/02/17	100	11/02/17	100	
12/02/17	100	12/02/17	100	
01/03/17	100	01/03/17	100	
02/03/17	100	02/03/17	100	
03/03/17	100	03/03/17	100	
04/03/17	100	04/03/17	100	
05/03/17	100	05/03/17	100	
06/03/17	100	06/03/17	100	
07/03/17	100	07/03/17	100	
08/03/17	100	08/03/17	100	
09/03/17	100	09/03/17	100	
10/03/17	100	10/03/17	100	
11/03/17	100	11/03/17	100	
12/03/17	100	12/03/17	100	
01/04/17	100	01/04/17	100	
02/04/17	100	02/04/17	100	
03/04/17	100	03/04/17	100	
04/04/17	100	04/04/17	100	
05/04/17	100	05/04/17	100	
06/04/17	100	06/04/17	100	
07/04/17	100	07/04/17	100	
08/04/17	100	08/04/17	100	
09/04/17	100	09/04/17	100	
10/04/17	100	10/04/17	100	
11/04/17	100	11/04/17	100	
12/04/17	100	12/04/17	100	
01/05/17	100	01/05/17	100	
02/05/17	100	02/05/17	100	
03/05/17	100	03/05/17	100	
04/05/17	100	04/05/17	100	
05/05/17	100	05/05/17	100	
06/05/17	100	06/05/17	100	
07/05/17	100	07/05/17	100	
08/05/17	100	08/05/17	100	
09/05/17	100	09/05/17	100	
10/05/17	100	10/05/17	100	
11/05/17	100	11/05/17	100	
12/05/17	100	12/05/17	100	
01/06/17	100	01/06/17	100	
02/06/17	100	02/06/17	100	
03/06/17	100	03/06/17	100	
04/06/17	100	04/06/17	100	
05/06/17	100	05/06/17	100	
06/06/17	100	06/06/17	100	
07/06/17	100	07/06/17	100	
08/06/17	100	08/06/17	100	
09/06/17	100	09/06/17	100	
10/06/17	100	10/06/17	100	
11/06/17	100	11/06/17	100	
12/06/17	100	12/06/17	100	
01/07/17	100	01/07/17	100	
02/07/17	100	02/07/17	100	
03/07/17	100	03/07/17	100	
04/07/17	100	04/07/17	100	
05/07/17	100	05/07/17	100	
06/07/17	100	06/07/17	100	
07/07/17	100	07/07/17	100	
08/07/17	100	08/07/17	100	
09/07/17	100	09/07/17	100	
10/07/17	100	10/07/17	100	
11/07/17	100	11/07/17	100	
12/07/17	100	12/07/17	100	
01/08/17	100	01/08/17	100	
02/08/17	100	02/08/17	100	
03/08/17	100	03/08/17	100	
04/08/17	100	04/08/17	100	
05/08/17	100	05/08/17	100	
06/08/17	100	06/08/17	100	
07/08/17	100	07/08/17	100	
08/08/17	100	08/08/17	100	
09/08/17	100	09/08/17	100	
10/08/17	100	10/08/17	100	
11/08/17	100	11/08/17	100	
12/08/17	100	12/08/17	100	
01/09/17	100	01/09/17	100	
02/09/17	100	02/09/17	100	
03/09/17	100	03/09/17	100	
04/09/17	100	04/09/17	100	
05/09/17	100	05/09/17	100	
06/09/17	100	06/09/17	100	
07/09/17	100	07/09/17	100	
08/09/17	100	08/09/17	100	
09/09/17	100	09/09/17	100	
10/09/17	100	10/09/17	100	
11/09/17	100	11/09/17	100	
12/09/17	100	12/09/17	100	
01/10/17	100	01/10/17	100	
02/10/17	100	02/10/17	100	
03/10/17	100	03/10/17	100	
04/10/17	100	04/10/17	100	
05/10/17	100	05/10/17	100	
06/10/17	100	06/10/17	100	
07/10/17	100	07/10/17	100	
08/10/17	100	08/10/17	100	
09/10/17	100	09/10/17	100	
10/10/17	100	10/10/17	100	
11/10/17	100	11/10/17	100	
12/10/17	100	12/10/17	100	
01/11/17	100	01/11/17	100	
02/11/17	100	02/11/17	100	
03/11/17	100	03/11/17	100	
04/11/17	100	04/11/17	100	
05/11/17	100	05/11/17	100	
06/11/17	100	06/11/17	100	
07/11/17	100	07/11/17	100	
08/11/17	100	08/11/17	100	
09/11/17	100	09/11/17	100	
10/11/17	100	10/11/17	100	
11/11/17	100	11/11/17	100	
12/11/17	100	12/11/17	100	
01/12/17	100	01/12/17	100	
02/12/17	100	02/12/17	100	
03/12/17	100	03/12/17	100	
04/12/17	100	04/12/17	100	
05/12/17	100	05/12/17	100	
06/12/17	100	06/12/17	100	
07/12/17	100	07/12/17	100	
08/12/17	100	08/12/17	100	
09/12/17	100	09/12/17	100	
10/12/17	100	10/12/17	100	
11/12/17	100	11/12/17	100	
12/12/17	100	12/12/17	100	
01/01/18	100	01/01/18	100	
02/01/18	100	02/01/18	100	
03/01/18	100	03/01/18	100	
04/01/18	100	04/01/18	100	
05/01/18	100	05/01/18	100	
06/01/18	100	06/01/18	100	
07/01/18	100	07/01/18	100	
08/01/18	100	08/01/18	100	
09/01/18	100	09/01/18	100	
10/01/18	100	10/01/18	100	
11/01/18	100	11/01/18	100	
12/01/18	100	12/01/18	100	
01/02/18	100	01/02/18	100	
02/02/18	100	02/02/18	100	
03/02/18	100	03/02/18	100	
04/02/18	100	04/02/18	100	
05/02/18	100	05/02/18	100	
06/02/18	100	06/02/18	100	
07/02/18	100	07/02/18	100	
08/02/18	100	08/02/18	100	
09/02/18	100	09/02/18	100	
10/02/18	100	10/02/18	100	
11/02/18	100	11/02/18	100	
12/02/18	100	12/02/18	100	
01/03/18	100	01/03/18	100	
02/03/18	100	02/03/18	100	
03/03/18	100	03/03/18	100	
04/03/18	100	04/03/18	100	
05/03/18	100	05/03/18	100	
06/03/18	100	06/03/18	100	
07/03/18	100	07/03/18	100	
08/03/18	100	08/03/18	100	
09/03/18	100	09/03/18	100	
10/03/18	100	10/03/18	100	
11/03/18	100	11/03/18	100	
12/03/18	100	12/03/18	100	
01/04/18	100	01/04/18	100	
02/04/18	100	02/04/18	100	
03/04/18	100	03/04/18	100	
04/04/18	100	04/04/18	100	
05/04/18	100	05/04/18	100	
06/04/18	100	06/04/18	100	
07/04/18	100	07/04/18	100	
08/04/18	100	08/04/18	100	
09/04/18	100	09/04/18	100	
10/04/18	100	10/04/18	100	
11/04/18	100	11/04/18	100	
12/04/18	100	12/04/18	100	
01/05/18	100	01/05/18	100	
02/05/18	100	02/05/18	100	
03/05/18	100	03/05/18	100	
04/05/18	100	04/05/18	100	
05/05/18	100	05/05/18	100	
06/05/18	100	06/05/18	100	
07/05/18	100	07/05/18	100	
08/05/18	100	08/05/18	100	
09/05/18	100	09/05/18	100	
10/05/18	100	10/05/18	100	
11/05/18	100	11/05/18	100	
12/05/18	100	12/05/18	100	
01/06/18	100	01/06/18	100	
02/06/18	100	02/06/18	100	
03/06/18	100	03/06/18	100	
04/06/18	100	04/06/18	100	
05/06/18	100	05/06/18	100	
06/06/18	100	06/06/18	100	
07/06/18	100	07/06/18	100	
08/06/18	100	08/06/18	100	
09/06/18	100	09/06/18	100	
10/06/18	100	10/06/18	100	
11/06/18	100	11/06/18	100	
12/06/18	100	12/06/18	100	
01/07/18	100	01/07/18	100	
02/07/18	100	02/07/18	100	
03/07/18	100	03/07/18	100	
04/07/18	100	04/07/18	100	
05/07/18	100	05/07/18	100	
06/07/18	100	06/07/18	100	
07/07/18	100	07/07/18	100	
08/07/18	100	08/07/18	100	
09/07/18	100	09/07/18	100	
10/07/18	100	10/07/18	100	
11/07/18	100	11/07/18	100	
12/07/18	100	12/07/18	100	
01/08/18	100	01/08/18	100	
02/08/18	100	02/08/18	100	
03/08/18	100	03/08/18	100	
04/08/18	100	04/08/18	100	
05/08/18	100	05/08/18	100	
06/08/18	100	06/08/18	100	
07/08/18	100	07/08/18	100	
08/08/18	100	08/08/18	100	
09/08/18	100	09/08/18	100	
10/08/18	100	10/08/18	100	
11/08/18	100	11/08/18	100	
12/08/18	100	12/08/18	100	
01/09/18	100	01/09/18	100	
02/09/18	100	02/09/18	100	
03/09/18	100	03/09/18	100	
04/09/18	100	04/09/18	100	
05/09/18	100	05/09/18	100	
06/09/18	100	06/09/18	100	
07/09/18	100	07/09/18	100	
08/09/18	100	08/09/18	100	
09/09/18	100	09/09/18	100	
10/09/18	100	10/09/18	100	
11/09/18	100	11/09/18	100	
12/09/18	100	12/09/18	100	
01/10/18	100	01/10/18	100	
02/10/18	100	02/10/18	100	
03/10/18	100	03/10/18	100	
04/10/18	100	04/10/18	100	
05/10/18	100	05/10/18	100	
06/10/18	100	06/10/18	100	
07/10/18	100	07/10/18	100	
08/10/18	100	08/10/18	100	
09/10/18	100	09/10/18	100	
10/10/18	100	10/10/18	100	
11/10/18	100	11/10/18	100	
12/10/18	100	12/10/18	100	
01/11/18	100	01/11/18	100	
02/11/18	100	02/11/18	100	
03/11/18	100	03/11/18	100	
04/11/18	100	04/11/18	100	
05/11				



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 ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES, portador(a) do RG nº 4.810.389, expedido por SSP/PE, em 17/06/02, CPF/CNPJ nº 945.234.444-04,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) SEVERINO FERREIRA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima SEVERINO FERREIRA DA SILVA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUX. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS Renda Mensal: R\$ R. INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ADRIANA SEGUROS
02 JUN 2017

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 14.460.313/0001-37 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 11/10/2011
NOME EMPRESARIAL ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) A F SEGUROS			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - Empresário (Individual)			
LOGRADOURO R JOAO BATISTA	NÚMERO 370	COMPLEMENTO	
CEP 55.750-000	BARRIO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SURUBIM	UF PE
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE (81) 3634-1550	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 11/10/2011	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 07/03/2017 às 15:37:26 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Consulta QSA / Capital Social

Voltar

ADRIANA SEGUROS
02 JUN 2017

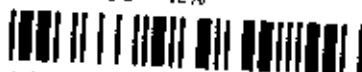
HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 117/51257 Data: 28/03/2017 08:17 Recep: VANDSON
Convênio: SUS Matrícula: Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Médico: TASSIO BARROS Cartão SUS:

Registro: 165898 Prontoário: 165898
Paciente: SEVERINO FERREIRA DA SILVA Cor: Parda
Nascimento: 01/12/1985 - Idade: 31 anos Sexo: Masculino
Endereço: RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA Nº C.P.F.:
Bairro: CENTRO Cep: Identidade: 7161024 / PE
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO UF: PE Telefone: 81863058
Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA G. instrução:
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Ocupação:
Est. Civil: Naturalidade:
VERTENTE DO LERIO-PE

OBS:

DOCUMENTO 2 "T2%"



Anamnese e Exame Sumário:

QUEIM DE MOTO CP DOIS
EM OUTRO OBB

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

EX

Reavaliação:

MGV (5134041)

Materiais Usados:

Tassio Barros
Médico
CRM/PE 25049

Assinatura e Carimbo do Médico

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO FERREIRA DA SILVA,RG nº 7161.024, data de expedição 19/08/02, Órgão SDSIPE,

CPF nº 086.840.024-66, 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>SITIO ZE DE LIRO</u>
Número	<u>122</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>GANCHO DO GALO</u>
Cidade	<u>SURUBIM</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55750000</u>
Telefone de Contato	<u>991613907</u>
E-mail	<u>— x —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SURUBIM-PE, 17 MAIO 2017Assinatura do Declarante: Severino Ferreira da Silva

ADRIANA SEGUNDO
02 JUN 2017

Tabela Social de Energia Elétrica: Cidade pelo Cel 10 435, de 20/04/2022
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 112, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-000
 CEP: 10.635.9920000-00 | Insc. Est. 0026345-93 | www.cele.com.br

DADOS DO CLIENTE
SUELE FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/TE UF LPO 111

CSE-059 860 064-93

SURUBIMANGIHO DO GALO
SLETHINE PE
5570000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
PENDÊNCIA
MORTALIDADE

CONTA CONTABILIZADA		MÊS/ANO	
7023267122		03/2017	
DATA DE VENCIMENTO		DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LETURAL	
31/03/2017		25/04/2017	
TOTAL A PAGAR (R\$)		106,6	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSAO
003077852	UMCA	24/03/2017
APRESENTACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA QUESTAO
202700001	2027000001	00000001

DESCRIȚIA DĂRĂMOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Elétrico (KWh)	149,600000	0,6146000	90,94
Acrescimo Bancaria AMACELA			3,00
Contribuição Iluminação Pública			5,30
ICMS Situação CCE-NF 003087942 - 24/01/17			0,46
Multa por atraso-NF 003067590 - 24/01/16			0,00
Multa por atraso-NF 003069475 - 25/02/16			1,28
Multa por atraso-NF 003073747 - 24/01/17			1,19
Juros por atraso-NF 003067740 - 24/01/17			0,36
Juros por atraso-NF 003068426 - 24/01/16			1,83
Juros por atraso-NF 003067594 - 24/01/16			1,83

TABLE FUTURE

1.4: 5

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA-FISCAL

Nº DO HEUTOM	TPO DA ALUNO	ANEXO		TOTAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	NOTA	CÁLCULO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1-22735	11	21/02/2001	267,50	21/02/2001	2-1910	31	1,000		16,00

[illegible]

“မြန်မာ့အလင်း”ဂရပ်စီဒီကုမ္ပဏီလီမိတက်

	WARP OR CALCULATED	%	WARP RATIO
9	93.50	10.18	
	93.50	0.50	
10	94.50	1.25	

конституционным

COMPARISON OF CONSUMERS			
16 through 24	44	20.93	33.31
25 to 34	46	17.18	1.84
35 to 44	49	17.17	21.65
45 through 54	51	17.17	16.57
55 and over	54	17.17	17.90
	200	17.17	17.17
	200	17.17	17.17

6. $\frac{1}{2} = \frac{1}{2}$

ANFANGSPRÜCHEN

57.12 2034 364.1 57.9 5074 4033 5707

IN: Oltw' AC D₂g' M' P' O' L₁...: 2

[illegible]

MANATENCIA DEL PELO NEGRO - QUE VOCA POSUI CONTAS EM ABERTO

Copyright © 2010 John Wiley & Sons, Ltd.

Yearly Output	Domestic Market	Value of P.S.	Profit	Investment	Ratio
------------------	--------------------	------------------	--------	------------	-------

En el caso de México, se han realizado estudios de la actividad de la enzima en el hígado de ratones, en los que se ha observado un aumento de la actividad de la enzima en los ratones con diabetes, lo que sugiere que la enzima puede estar involucrada en el metabolismo de la glucosa en el hígado.

“...የሚገኝበት ሁኔታ ለጥያቄው ሊገባለችውም”

CONCENTRACIÓ	Mida m ² x 10 ³	VOLUM m ³ x 10 ³	COSTE PESOS 1000	Llitres segons	TEMPERATURA
50,00%	10,00	10,0	21,10	42,42	
100,00%	10,00	10,0	15,50	30,30	
100,00%	10,00	10,0	0,00	0,00	

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

STATION CODE	DATE	WIND DIRECTION	WIND SPEED	TOTAL AERIAL FEET
101	10/10/01	101	101	101
102	10/10/01	102	102	102
103	10/10/01	103	103	103
104	10/10/01	104	104	104
105	10/10/01	105	105	105
106	10/10/01	106	106	106
107	10/10/01	107	107	107
108	10/10/01	108	108	108
109	10/10/01	109	109	109
110	10/10/01	110	110	110
111	10/10/01	111	111	111
112	10/10/01	112	112	112
113	10/10/01	113	113	113
114	10/10/01	114	114	114
115	10/10/01	115	115	115
116	10/10/01	116	116	116
117	10/10/01	117	117	117
118	10/10/01	118	118	118
119	10/10/01	119	119	119
120	10/10/01	120	120	120
121	10/10/01	121	121	121
122	10/10/01	122	122	122
123	10/10/01	123	123	123
124	10/10/01	124	124	124
125	10/10/01	125	125	125
126	10/10/01	126	126	126
127	10/10/01	127	127	127
128	10/10/01	128	128	128
129	10/10/01	129	129	129
130	10/10/01	130	130	130
131	10/10/01	131	131	131
132	10/10/01	132	132	132
133	10/10/01	133	133	133
134	10/10/01	134	134	134
135	10/10/01	135	135	135
136	10/10/01	136	136	136
137	10/10/01	137	137	137
138	10/10/01	138	138	138
139	10/10/01	139	139	139
140	10/10/01	140	140	140
141	10/10/01	141	141	141
142	10/10/01	142	142	142
143	10/10/01	143	143	143
144	10/10/01	144	144	144
145	10/10/01	145	145	145
146	10/10/01	146	146	146
147	10/10/01	147	147	147
148	10/10/01	148	148	148
149	10/10/01	149	149	149
150	10/10/01	150	150	150
151	10/10/01	151	151	151
152	10/10/01	152	152	152
153	10/10/01	153	153	153
154	10/10/01	154	154	154
155	10/10/01	155	155	155
156	10/10/01	156	156	156
157	10/10/01	157	157	157
158	10/10/01	158	158	158
159	10/10/01	159	159	159
160	10/10/01	160	160	160
161	10/10/01	161	161	161
162	10/10/01	162	162	162
163	10/10/01	163	163	163
164	10/10/01	164	164	164
165	10/10/01	165	165	165
166	10/10/01	166	166	166
167	10/10/01	167	167	167
168	10/10/01	168	168	168
169	10/10/01	169	169	169
170	10/10/01	170	170	170
171	10/10/01	171		

24 JAN 1972

1.35 (s)

DIANA SEGURO
02 JUN 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEVERINO FERREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 7.161.024 SDSPE inscrito no CPF/MF sob o nº 086.840.024-66 residente e domiciliado na SITIO ZE DELIRO, 122, GANCHO DO GALO, Cidade SURUBIM, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

DOCUMENTO 3 "T316"



Severino F. Ferreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SURUBIM-PE - 17 MAIO 2017

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0216000050

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2017** às **13:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/3/2017 às 08:00

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
 Fato ocorrido no endereço: **RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 1 -**
 Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR E AGENTE)
SOLANGE MARIA DA SILVA (OUTRO)
MARIA DOS SANTOS BAROSA DE SALES (TESTEMUNHA)
SEVERINO FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
SEVERINO FERREIRA DA SILVA

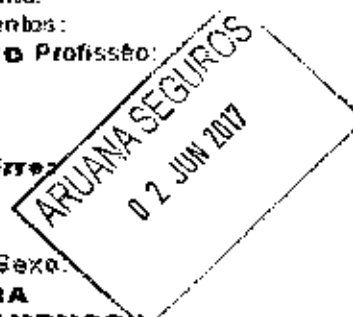
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

SEVERINO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
1/12/1988 Naturalidade: VERTENTE DO LERIO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7161924/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão:
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS Telefones Celulares:
- 82354025

Endereço Residencial: RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 54 - CEP: 0 - Bairro:
CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA DOS SANTOS BAROSA DE SALES (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: INACIA MARIA DOS SANTOS BARBOSA Pai: ALBERTO PEREIRA
BARBOSA Data de Nascimento: 26/3/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO
BRASIL

Endereço Residencial: RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO
- VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL



NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

SOLANGE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: SEVERINO PEREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 28/10/1933 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residência: XEU - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SOLANGE MARIA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO FERREIRA DA SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE)

Placa: **KIE7040 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 549241469 Chassi: 9C2KC1676DR491593 Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Descrição: MOTOCICLETA DE COR PRETA, PLACA KIE 7040, CHASSI 9C2KC1676DR491593, HONDA CG 150 FAN ES**

Complemento / Observação

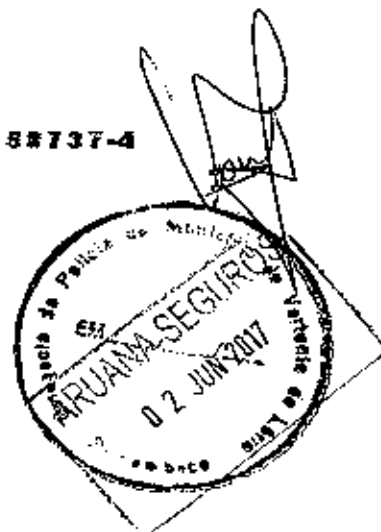
O SENHOR SEVERINO FERREIRA DA SILVA, COMPARIECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA COMUNICANDO QUE NO DIA 28/03/2017, POR VOLTA DAS 08:00 HORAS DA MANHÃ, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O. NO CENTRO DESTA CIDADE MAIS PRECISAMENTE NA RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANÇA, E APARECEU DOIS CACHORO QUE ESTAVAM SOLTOS EM PLENA RUA E VINHERAM DE ENCONTRO A MOTOCICLETA, O SENHOR SEVERINO TENTOU PARAR O VEICULO MAS NÃO CONSEGUIU PERDENDO O CONTROLE DA MESMA E VINDO CAIR AO SOLO, DIZ AINDA QUE APÓS QUEDA NÃO CONSEGUIU SE LEVANTAR DO LOCAL SENDO SOCORRIDO PELA SENHORA MARIA DOS SANTOS, EM SEGUIDA O LEVARAM PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ NA CIDADE DE SURUBIM. AO FINAL ASSINA ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES PELAS INFORMAÇÕES PRESTADA NESTE B.O.

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

**SEVERINO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)**

Severino Ferreira da Silva

B.O. registrado por: PAULO ROBERTO BARBOSA DA SILVA - Matrícula: 155737-4



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

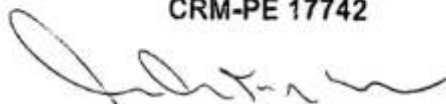
Nome do(a) Examinado(a): Severino Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Ze do Liro, 122
Gancho do Galo Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7161024
Data local do exame: [13/06/2017] Caruaru [PE]

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)
**LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA
DEFICIT DE MOBILIDADE DE GRAU GRAVE DO OMBRO ESQUERDO, COM DISCRETO PREJUÍZO DE FORÇA LOCAL, COM
PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA**
- 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?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- 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?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA. FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: ALTA HÁ CERCA DE 30 DIAS
FIO K E FISIOTERAPIA
Complicações: HIPOTROFIA DO OMBRO ESQUERDO**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) 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.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DO OMBRO ESQUERDO
Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- 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”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () “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”
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):
OMBRO - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% 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.

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

**SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742**



Nº DO SINISTRO _____



PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SEVERINO FERREIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 7.161024 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 19/08/02 ECPF 086840024-66 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO R. InformarE RENDA MENSAL DE R\$ 2.100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SEVERINO FERREIRA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

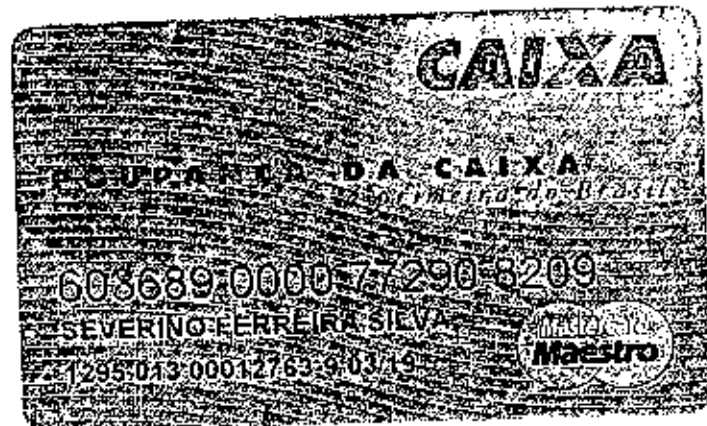
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1295 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12763-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SUEBIM-PE 17 de MAIO de 2017
LOCAL E DATASeverino Ferreira da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO **ATENÇÃO**

- 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;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-021204.

ARUANA SEG
02 JUN 2017



ARJANA SEGUROS
02 JUN 2017

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2017

Carta nº: 11186127

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170306364 ASL-0213953/17
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001295**

Conta: **0000012763-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2017

Carta nº: 11133016

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170306364 ASL-0213953/17
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11117266

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170306364 ASL-0213953/17
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 16/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000012763-9

Nr. da Autenticação 20A5C2A6A2E49F3D

PRÓCURAÇÃO



OUTORGANTE

NOME- SEVERINO FERREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE- 7.161.024 SDS/PE
ENDEREÇO- SÍTIO ZE DE LÍRIO, Nº 122 ZONA RURAL, BAIRRO GANCHO DO GALO SURUBIM-PE.

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- AUXILIAR DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-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 CONSTIUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

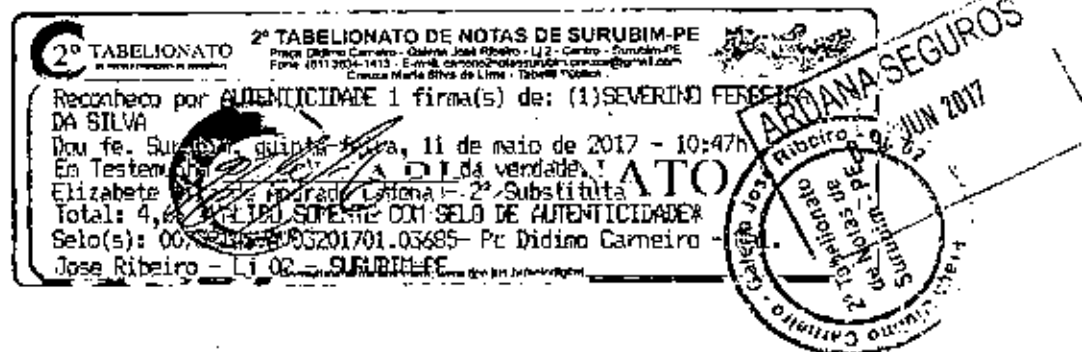
SURUBIM-(PE), 28 DE ABRIL DE 2017.



Severino Ferreira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170306364 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Deficit de mobilidade de grau grave do ombro esquerdo, com discreto prejuízo de força local, com presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente já de alta. Fez fisioterapia.
Complicações: Hipotrofia do ombro esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau grave do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 7 *T74*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013028553731
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
 1 549241469 ***** 2017

NOME DO SEU VEÍCULO
SOLANGE MARIA DA SILVA

CIDADE DO SEU VEÍCULO
SURUBIM - PE

CNPJ / CPF
081.198.324-26

PLACA
KIE7040

PLACA ANT. UF CHASSI
 ***** / PE 9C2KC1670DR491593

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB. ANO MOD.
2013 2013

CAP. / POT. / CIL.
29 / 149 CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2017 QUITADO

VENC. / COTAS
1 *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS
1 *****

VENC. / COTAS
2 *****

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

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SURUBIM

DATA
19/04/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PE Nº 013028553731 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SOLANGE MARIA 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

SURUBIM - PE

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
19/04/17

VIA

CNPJ / CPF

PLACA

1

081.198.324-26

KIE7040

RENAVAM

549241469

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2013

CIL. / TRC

09

Nº CHASSI

9C2KC1670DR491593

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
 ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO**

ARUANA SEC
02 JUN 2017

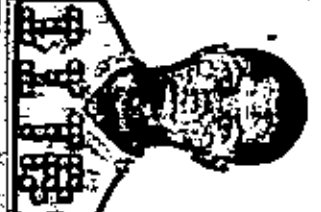


SEGUROS
02 JUN 2017

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES SURI



POLEGA DIREITA



Severino Ferreira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7161024

DATA DE EXPEDICAO 19.08.2002

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

PAI: Luiz Ferreira da Silva
MÃE: Maria de Lourdes da Silva

NATURALIDADE: Surubim-PE

DATA DE NASCIMENTO: 01.12.1985

DOC. ORIGEM: CN-16057-1212-A-F-126-V-Card

Vertente do Lério-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/63

DOCUMENTO 6 "T6%"



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

086.840.024-66

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

01/12/1985



ARUANA SC
02 JUN 2017