

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosmery Famosina da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José William dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.108.884 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima José William dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.108.884 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso inf Renda: recuso inf e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Santa Maria da Boa Vista</u>		<u>700</u>	<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jardim Panorama</u>	<u>Caruaru</u>	<u>PE</u>	<u>55038-180</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>rose_mere208@yahoo.com.br</u>	<u>181 99215 1674</u>		<u>181-9-9616-4678</u>

Caruaru PE 23 de Novembro de 2018  
Local e Data

Rosmery Famosina da Silva  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sobral,  
 RG nº 5-553.079, data de expedição 27/03/2012  
 Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 025.866.704-40, com  
 domicílio na cidade de Panellas, no Estado de  
PE, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
Povoado de Cruzes, nº 17,  
 complemento Passa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima José William dos Santos cujo o condutor era  
José William dos Santos.

Veículo: Motor  
 Modelo: Nanda 10G 150 TITAN 1.5  
 Ano: 2009 / 2009  
 Placa: KJS 4773  
 Chassi: GC2KE15409R026337  
 Data do Acidente: 19.08.2018  
 Local e Data: Jurema PE. 19.09.2018

CARTÓRIO  
 Ofício RGI - Jurema - PE  
 Souza Ferraz

ARUANA SEGURODORA  
 03 DEZ 2018

\* Paulo de Sobral  
 Assinatura do Declarante

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

**PE** CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGI, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS  
 Rua Jordana de Lucena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (07) 8512-5594  
 Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Edilma Maria da Silva

Reconheço a(s) Firma(s): << POR AUTENTICIDADE >>  
 << PAULO DE SOBRAL >>  
 << >>

SELO Nº: 0152439.WMRO6201801.04286  
 SELO Nº:  
 Doc. nº: Jurema (PE) 19/09/2018  
 Emolumentos: R\$ 3,00  
 TITULO: R\$ 0,75  
 FISC: R\$ 0,30  
 Total: R\$ 4,05

Em testemunho da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE  
 AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira  
 Tabeliã Substituta  
 Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira  
 Tabeliã

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO  
 CNPJ: 08.775.273/0001-10  
 Rua Jordana de Lucena, nº 11 - Jurema - PE  
 José Maria de Souza Ferraz - Tabelião  
 GERAL DE PROTESTOS, PROTESTOS,  
 TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.  
 REGISTRO PELO ATO Nº 1656 DA  
 RESOLUÇÃO INSTITUCIONAL Nº 22 DE  
 20 DE JULHO DE 1992

Consulte Autenticidade em: [www.tpe.pe.br/validar](http://www.tpe.pe.br/validar)

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sobral,  
RG nº 5-553.079, data de expedição 27/03/2012  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 025.866.704-40, com  
domicílio na cidade de Panellas, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Povoado de Cruzes, nº 17,  
complemento Passo, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José William dos Santos cujo o condutor era  
José William dos Santos.

Veículo: Motor  
Modelo: Nanda 10G 150 TITAN 1.5  
Ano: 2009 / 2009  
Placa: KJS 4773  
Chassi: GC2KE15409R026337  
Data do Acidente: 19.08.2018  
Local e Data: Jurema PE. 19.09.2018

CARTÓRIO  
Ofício RGI - Jurema - PE  
Souza Ferraz

ARUANA SEGRADORA  
03 DEZ 2018

\* Paulo de Sobral  
Assinatura do Declarante

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

PE CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGI, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS  
Rua Jordana de Lucena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (07) 8512-5594  
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Edilma Maria da Silva

Reconheço a(s) Firma(s): << POR AUTENTICIDADE >>

<< PAULO DE SOBRAL >>

SELO Nº: 0152439.WMRO6201801.04286

SELO Nº:

Doc. nº: Jurema (PE) 19/09/2018

Emolumentos: R\$ 3,00

TCAN: R\$ 0,75

FERD: R\$ 0,30

Total: R\$ 4,05

Em testemunho da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE  
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira  
Tabeliã Substituta

Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira  
Tabeliã

Consulte Autenticidade em: [www.tpe.pe.br/validar](http://www.tpe.pe.br/validar)

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO  
CNPJ: 08.775.273/0001-10  
Rua Jordana de Lucena, nº 11 - Jurema - PE  
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião  
CARTÓRIO GERAL DE PROTESTOS, PROTESTOS,  
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.  
REGISTRO PELO ATO Nº 1656 DA  
LEGISLAÇÃO INSTITUCIONAL Nº 22 DE  
2012 JULHO DE 1992

CARUANA SEGRADORA  
10 3 DEZ 2018

Receituário



baudo ródico

Jose Willom da Santa, 31 anos, deito  
Vítima de acidente de moto quando  
teve colisão em Quermados. Recebeu  
atendimento no local pelo SAMU, com  
encaminhamento do furo para família  
hospital repicar do Afreite em 13/08/2018  
Diagnóstico de fratura de punho  
direito. Transferido para o hospital  
para reparo (Regra) com realiza-  
ção de cirurgia em 23/08/2018 com si-  
tuação com placa e parafusos, com  
alto em 24/08/18. Raio x com material  
de síntese 03 parafusos e placa.  
Apresenta cicatriz de 07cm em face ante-  
rior de anelproso direito  
Recebeu alto de família Sepulchre

Consulte a padronização de  
medicamentos do seu hospital

CRM: 562  
Rua Artur Antônio Silva, 400 - Caruaru - PE  
Fone: 81 2103.8600 Cep: 55.015-445 - Caruaru - PE  
Dra. Mircia Virginia  
Médica  
CRM - 11016

NOME: JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS

REGISTRO: 120960

DATA DA CIRURGIA: 23/08/2018

ALTA: 24/08

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PUNHO

TRATAMENTO: PLACA + PARAFUSOS

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 13/09

07:00 h manhã

2 REVISÃO

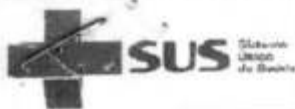
3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Jr. Felipe Guedes  
CRM-PB 7451  
CRM-PB 21025





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

## Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE WILLIAM DOS SANTOS	6 - Número. do Prontuário 120960			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898004505258264	8 - Data Nascimento 03/02/1987	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe MARLENE XAVIERDOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.82126228			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CEL MELINHO, () - CRUZES				
16 - Município de residência PANELAS	17 - Cod. IBGE município 2610202	18 - UF PE	19 - CEP	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos Paciente admitido para conexão - cirurgica de fratura de rádio à direita
--

ARUANA SEGURADORA

03 DEZ 2018

21 - Condições que justificam a internação Necessidade de cirurgia
---

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) RX + quadro clínico
--

23 - Diagnóstico inicial Fratura de rádio D	24 - CID 10 Principais 5525	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas associadas
--	--------------------------------	------------------------	-------------------------------

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Cirurgia	28 - Código do procedimento 04.03.02.0427		
29 - Clínica ortopedia	30 - Caráter de Internação	31 - Documento ( ) CNS (X) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 04.64.464-90

33 - Nome do Profissional Solicitante Mouique Soares	34 - Data da solicitação 22/08/18	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) DIO 1100
---	--------------------------------------	---

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - Nº do Bilhete
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto	45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado		

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810542047-0
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE

Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESPPE 4.471

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-01  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 512179 Data: 22/08/2018 Hora: 22:01  
Convênio: SES- ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA

Recepc.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA  
Matrícula: 898004505258264  
Identidade:  
Cartão SUS: 898004505258264

Paciente: 120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS  
Nascimento: 03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses  
Endereço: RUA CEL MELINHO,  
Bairro: CRUZES CEP:  
IBGE/Cidade: 2610202 PANELAS UF: PE  
Pai: AURELIANO XAVIER DOS SANTOS  
Mãe: MARLENE XAVIERDOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 07410888431  
Identidade: 7358937 SSP PE  
Telefone: 81.82126228  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDICA 480723

Queixa do Paciente:

Paciente assintomático no momento

H.D.A.:

Exame Físico:

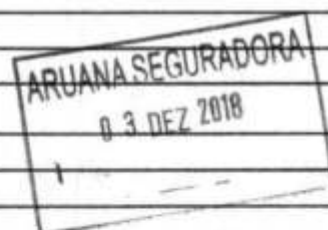
E G bom, consciente, orientado.

H.D.:

① Fratura de rádio a direita

Tratamento:

① Procedimento cirurgico



Bezerros, 22 de agosto de 2018

Conferido Com Documento  
Original Bezerros 20/10/18  
Hospital Jesus Pequeno

*[Handwritten signature]*  
ASSINATURA DO MÉDICO  
CRESPPE 4.471

Assinatura e Carimbo do Médico

Dra. Mariana Soares  
CRM 27006

# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-01  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 512179 Data: 22/08/2018 Hora: 22:01  
Convênio: SES- ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA

Recepc.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA  
Matricula: 898004505258264  
Identidade:  
Cartão SUS: 898004505258264

Paciente: 120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS  
Nascimento: 03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses  
Endereço: RUA CEL MELINHO,  
Bairro: CRUZES  
IBGE/Cidade: 2610202 PANELAS  
Pai: AURELIANO XAVIER DOS SANTOS  
Mãe: MARLENE XAVIERDOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 07410888431  
Identidade: 7358937 SSP PE  
Telefone: 81.82126228  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Recepcionista: \_\_\_\_\_

Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
( ) Assinou o termo

### Alta Hospitalar

Data: 24/08/2018

Médico: \_\_\_\_\_

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM: 21025

Assinatura / CRM

### Observação

### Transferência Hospitalar

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

### Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

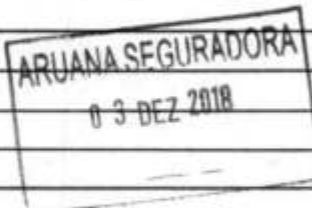
Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

### Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM



Conferido Com Documento  
Original Bezerras PE  
Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE 4.471



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO 120960
CIRURGIÃO JOSÉ FELIPE GUEDES	
ANESTESIA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	ANESTESISTA DR ADERLANDRO
DATA DA OPERAÇÃO 23/08/2018	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + NEUROLISE DO MEDIANO + TENOLISE DOS FLEXORES + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
1. PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO 4. INCISAO VOLAR PARA ACESSO AO RADIO 5. DIVULSAO POR PLANOS 6. NEUROLISE DO MEDIANO 7. TENOLISE DOS FLEXORES 8. REDUCAO DE FRATURA 9. FIXACAO COM PLACA E PARAFUSOS 10. REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO 11. LAVAGEM COM SF0,9% 12. SUTURA POR PLANOS 13. CURATIVO	

Conferido Com Documento  
 Original Bezerras Re 20/10/18  
 Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim  
 Assessoria Social  
 CRESS/PE 4.471

Dr. Felipe Guedes  
 CRM-PB 7451  
 CRM-PE 21025

ARUANA SEGURADORA  
 03 DEZ 2018

Anestesia: Flávio de Jesus B. Aguiar

Nome: João William da Silva Nº do Registro: \_\_\_\_\_ Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Operador: Dr. Felipe Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesiista: Adelino

Diag. Preop.: to G. n. g. - to G. n. g. D. I. Diag. Posop.: 0 - n. g.

Op. Proposta: to G. n. g. Op. Realizada: 1 - n. g.

Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15			30			45			15			30			45			15			30			45			15			30		
A G E N T E S	N2O																																	
	O2																																	
Líquidos venozos																																		
PA	°C																																	
PULSO																																		
ANES																																		
OP																																		
TEMP.																																		
ASPIR.																																		
RESP.																																		
Expon																																		
	Assist.																																	
	Contro.																																	

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. <u>Indução</u>		<u>Flúvio int. v. d. n.</u>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg); display: inline-block;"> <b>ARUANA SEGURADORA</b> 03 DEZ 2018 </div> <p><u>P. de O3</u></p>
B. <u>Intubação</u>		<u>to G. n. g. de p. l. n. g.</u>	
C. <u>to G. n. g.</u>		<u>to G. n. g. de p. l. n. g.</u>	
D. <u>to G. n. g.</u>		<u>to G. n. g. de p. l. n. g.</u>	
E. <u>to G. n. g.</u>		<u>to G. n. g. de p. l. n. g.</u>	
F. <u>to G. n. g.</u>		<u>to G. n. g. de p. l. n. g.</u>	
G. <u>to G. n. g.</u>		<u>to G. n. g. de p. l. n. g.</u>	
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OTOTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB. - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	<p>Conferido Com Documento Original Bezerros PE 30.06.18 Hospital Jesus Pequeno</p> <p>Ana Amorim Assistente Social CRESP/PE 4.471</p>
		Tempo de Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO:			<p>Laríngeo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vômito</p> <p>Hemorragia Arritmia Bradi - Taquicardia - Choque</p>
ANESTESISTA: <u>Dr. André F. Oliveira</u> Médico CREMEPE - 16988		CIRURGIÃO: <u>Dr. Felipe Guedes</u> Ortopedista CRM. 2102	PERDA SANGÜÍNEA:



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINHO

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS**

Paciente: José William dos Santos Registro Nº: 120960

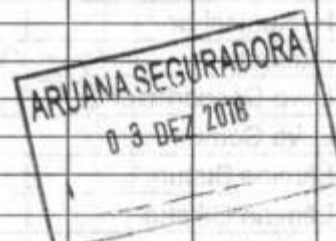
Aptº: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 23/08/18

Cirurgia: Fract de Rádio Distal Cirurgião: Dr. Felipe

Anestesia: Bloqueio de plexo Anestesista: Dr. Aderlândia

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>03 amp</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	<u>01 amp</u>			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	<u>500ml 1.000 ml</u>		
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a	<u>01 amp</u>		
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemaccel				Xylocaína Spray			
Inoval				<u>Dipirone</u>	<u>02</u>		
Keflin <u>1 g</u>	<u>01 amp</u>						
Ketalar							
Lasix							
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a	<u>01 amp</u>						



Conferido Com Documento  
Original Bezerra P  
Hospital Jesus Pequenininho

Ana Amorim  
Assistente Social  
RESSPE 4.471

Def 13 de 10/18

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T <sup>4</sup> 22+20	06	unid		Urofix			
Aguilha Desc. 25x7	04	unid		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival 40x40	02	..					
Aguilha Raque plexo	01	..		FIOS			
Aguilha Sutura insulim	04	l. i.					
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom c/a 2.0	01	unid	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica 105	pct			Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon CIA 20	01	unid	
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparrapado	12			Polycot			
Esparrapado Anti-alérgico				Seda			
Esparrapado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	05	pct		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoan				Água Oxigenada	50	ml	
H. Kuntscher				Álcool Simples c 70	50	ml	
Intracath 7.5 04				Álcool Iodado			
Luva Descartável 5.0 06	06	Par		Éter			
Luva Comum m 04	04	..		Formol			
Lâmina Bisturi/V				Germopol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				Choremitine 200 ml			
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO 72			
Par. Sherman				oximetro de pulso 72			
Pino Stelman				Das ____ às ____			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc	01	unid					
Seringa 05 cc	01	..		Das ____ às ____			
Seringa 10 cc	03	..					
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador	12		
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico	12		
Sonda Estom n°				Desfibrilador			
Sonda Levine n°				Monitor	12		
Sonda Uretral n°				Tonca 05			
Sonda Foley n°				marcadores 05			
Sonda "3v" n°				pro - pi 10			
Sonda p/ O <sub>2</sub>	01	unid		lesão plasm 04			

ARUANA SEGURADORA

03 DEZ 2018

Conferido Com Documento

Original Beterras PE 010/18

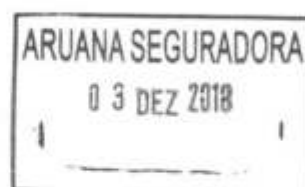
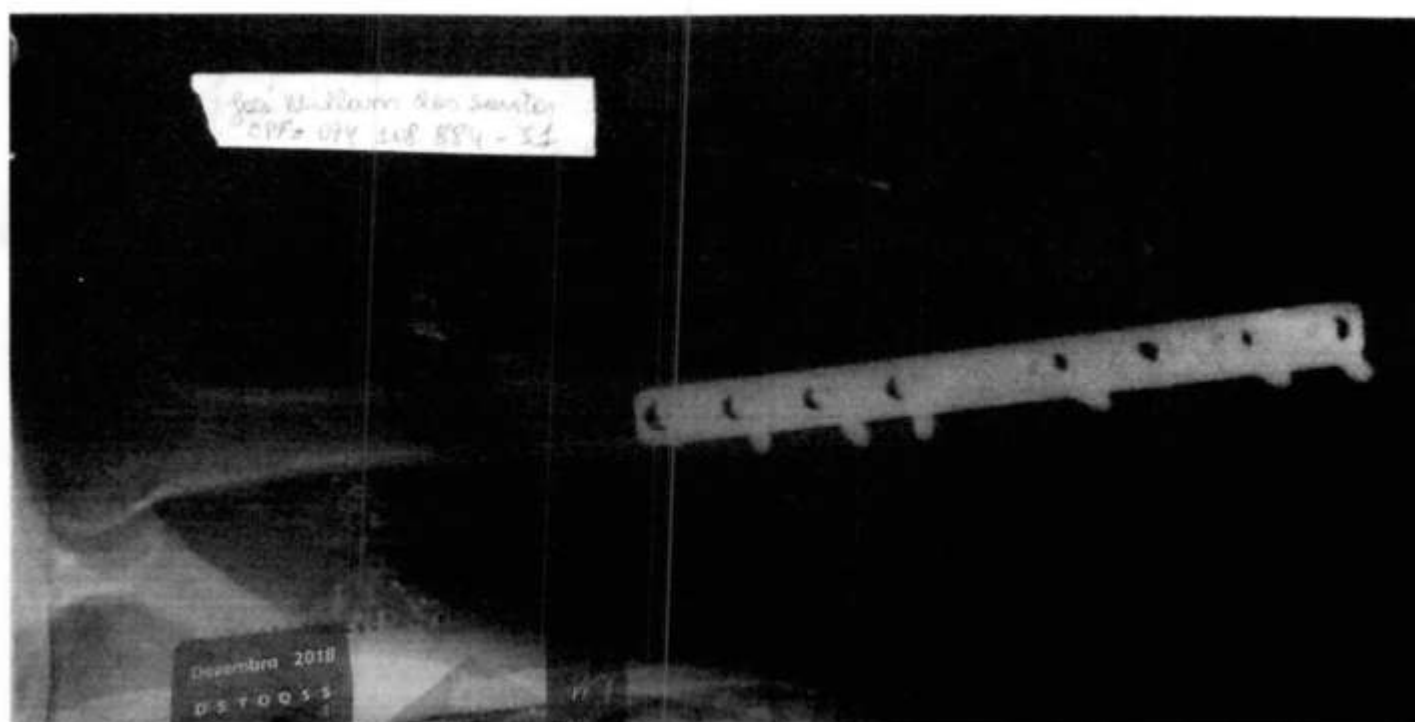
Hospital Jesus Maria

Ana Amorim

Assistente Social

CRESPPE 4.471







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS  580083745	NOME ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 6274229 SSP PE	
	CPF 628.462.994-04	DATA NASCIMENTO 11/02/1973
	FILIAÇÃO BEVERINO FIRMINO DA SILVA MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA	
PROIBIDO PLASTIFICAR  580083745	PERMISSÃO [ ]	ACC [ ]
	CAT. HAB C	
	Nº REGISTRO 03911656616	VALIDADE 06/11/2017
	1ª HABILITAÇÃO 18/08/2006	
OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Remunerada		
Assinatura do Titular [Assinatura]		
LOCAL CARUARU - PE		DATA EMISSÃO 16/11/2012
Assinatura do Emissor [Assinatura]		93849868064 PR049957236
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

ARUANA SEGURADORA  
 03 DEZ 2018

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

José William dos Santos

DATA DO ACIDENTE

17/08/18

CPF DA VÍTIMA

07410888431

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Rosane Ferreira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

( ) VÍTIMA

( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Rua Santa Maria das Vistas

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

Jal Panoramico

CIDADE

Camamu

UF

PE

CEP

55038-180

E-MAIL

TELEFONE

(81) 992451674

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
  - MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA

08/12/18

IDENTIDADE

ASSINATURA

Rosane F. de Azevedo

RESPONSÁVEL PELA REGISTRAÇÃO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGURODOTRANSITO  
17/08/2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180567424 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WILLIAM DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180567424 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WILLIAM DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (vítima/beneficiário):

Nome: José William dos Santos  
Identidade: 7.358.937 CPF: 074.108.884-31  
Est. Civil: solteiro Profissão: motorista  
Endereço: Rua Cel. Melimelo Nº 93  
Bairro: Zona Rural de Cruzes  
Cidade: Panelas UF: PE

### OUTORGADO (procurador):

Nome: Rosmery Farnasaria da Silva  
Identidade: 6274229 CPF: 628.462.994-04  
Est. Civil: solteira Profissão: albergado  
Endereço: Rua Santa Maria da Boa Vista Nº 700  
Bairro: Jardim Panoramico  
Cidade: Caruaru UF: PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT da vítima José William dos Santos

Jurema PE, 19 de setembro de 2018  
Local e Data:



José William dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE (vítima/beneficiário)  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436130/18

**Vítima:** JOSE WILLIAM DOS SANTOS

**CPF:** 074.108.884-31

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 19/08/2018

**Titular do CPF:** JOSE WILLIAM DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

### JOSE WILLIAM DOS SANTOS : 074.108.884-31

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/12/2018  
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA  
CPF: 628.462.994-04

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

DENATRAN

CONTRAN

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011713195067  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 129324769 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2015

NOME  
PAULO DE SOBRAL  
PANELAS-PE

CPF / CNPJ 025.666.704-42 PLACA KJ34773

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9C2KC15109R026317

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN K3 ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL 29/149CL CATEGORIA BARTIC COR. PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
IPVA 2015 QUITADO 1ª \*\*\*\*\*  
FAIXA IRVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*

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

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA  
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA  
PANELAS 04/03/15

Charles Andrews 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 NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 011713195067 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PAULO DE SOBRAL

TRAVESSA CORONEL MELINHO 17 55470-000  
CASA CRUZES PANELAS-PE

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

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 04/03/15

VIA 1 CPF / CNPJ 025.666.704-42 PLACA KJ34773

RENAVAM 129324769 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB. 2009 CAL. TAMB. 09 Nº CHASSI 9C2KC15109R026317

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

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



ARUANA SEGURADORA  
03 DEZ 2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		ARTIGOS 124 E 125 DA CONSTITUIÇÃO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1676599908</p> </div> <div>  </div> <div> <p>DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF</p> <p>7356937 SSP PE</p> </div> </div>							
NOME		JOSE WILLIAM DOS SANTOS					
CPF		074.108.884-35		DATA NASCIMENTO		03/02/1987	
FILIAÇÃO		AURELIANO XAVIER DOS SANTOS MARLENE XAVIER DOS SANTOS					
PERFIL		ACD		CAT. HAB		ESP	
Nº REGISTRO		06223001316		VALIDADE		12/06/2018	
				Nº HABITAÇÃO		05/11/2007	
OBSERVAÇÕES							
<p><i>JOSE WILLIAM DOS SANTOS</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>							
LOCAL		CARUARU, PE		DATA EMISSÃO		12/06/2018	
Assinatura do Diretor Presidente		<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Charles Anderson Sousa Ribeiro Diretor Presidente</p>		52580088044		PE096081101	
Assinatura do Assessor							
PERNAMBUCO							

ARUANA SEGUROADORA  
03 DEZ 2018

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180567424

Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180567424**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13673622



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 074.108.884-31 Nome completo da vítima: José William dos Santos

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

Nome completo: José William dos Santos CPF: 074.108.884-31  
Profissão: eletricista Endereço: Rua Cel. Melina Número: 93 Complemento: casa  
Bairro: Cruzeiro Cidade: Panama Estado: PE CEP: 55470-000  
E-mail: jose-william2008@yahoo.com.br Tel.(DDD): 83 99215-1674

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 3388 4 CONTA: 18.259 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: Panama, 07/12/18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

José William dos Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





↳ 2388-4 - 18.259-1

Poupança

Banco do Brasil

ARUANA SEGURADORA  
03 DEZ 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª. CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146ªCIRC DINTER146ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0236000246**

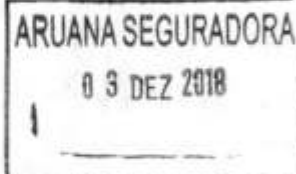
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2018** às **10:20**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JUREMA, 1, VIA PÚBLICA - Bairro: QUEIMADAS - JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE) ✓  
JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS**  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLENE XAVIER DOS SANTOS Pai: AURELIANO XAVIER DOS SANTOS Data de Nascimento: 3/2/1987 Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PANELAS, 61, RUA CORONEL MELINHO - CEP: - Bairro: - PANELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

**MOTO HONDA CG 150CC (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a):, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN K5** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **3000,00 (REAL)**

Placa: **KJ54773 (PERNAMBUCO/PANELAS)** Renavam: **129384768** Chassi: **9C2KC15109R026317**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

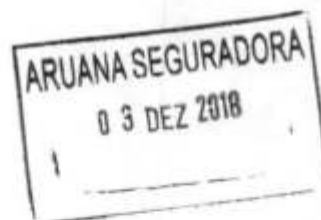
**COMPARECEU A ESTE DEPARTAMENTO DE POLÍCIA O QUEIXOSO INFORMANDO SOBRE O ACIDENTE EM VEÍCULO AUTOMOTOR, OCORRIDO PRÓXIMO A BARRAGEM DOS ALMEIDAS, SEGUNDO O QUEIXOSO A REFERIDA BARRAGEM**

FICA PRÓXIMO AO POVOADO DE QUEIMADAS DE JUREMA, QUE O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA QUITÉRIA, EM JUREMA/PE.

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

**JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDUARDO FRANKLIN SOARES DE MOARAIS SILVA** - Matrícula: 3919404



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 074.108.884-31 Nome completo da vítima: José William dos Santos

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

Nome completo: José William dos Santos CPF: 074.108.884-31  
Profissão: Atendente Endereço: Rua Cel. Melina Número: 93 Complemento: casa  
Bairro: Cruzeiro Cidade: Panema Estado: PE CEP: 55470-000  
E-mail: jose-mere2008@yahoo.com.br Tel.(DDD): 831-99215-1674

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 3388 4 CONTA: 18.259 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: Panema, 07/12/18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

José William dos Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

### FICHA DE ATENDIMENTO

**Prontuário:** 000023452

<b>DATA:</b> 19/08/2018	<b>HORA:</b> 17:59	Criado por VALDIRENE em 19/08/2018 18:02
<b>NOME:</b> JOSE WILA DOS SANTOS		<b>PROFISSÃO:</b> AGRICULTOR
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 02/02/1987		<b>IDADE:</b> 31 <b>COR:</b> Parda
<b>SEXO:</b> Masculino		<b>ESTADO CIVIL:</b> Casado(a)
<b>CARTÃO DO SUS:</b>		<b>RG:</b>
<b>ENDEREÇO:</b> RUA CORONEL MELINO 51		<b>CEP:</b> 55470-000
<b>CIDADE:</b> PANELAS		<b>BAIRRO:</b> CRUZES
<b>MÃE:</b> MARLENE XAVIER DOS SANTOS		
<b>ACOMPANHANTE:</b> PRIMO		

**MÉDICO PLANTONISTA: DR °**

**QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA**

Ex: alcoolizado, queda de moto  $h = 30 \text{ m}$   
Negar = semito + síncope, não fazer um exame

PRESSÃO ARTERIAL: 110x70		TEMPERATURA:
PESO:	PULSO:	HGT: <span style="float: right;">VALIDO SOMENTE COM O</span>

**DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:**[illegible]

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

2) 50 S. 1000 L 2°

3) Plavil 01 q + 10 (10)

4) Dipirona 01 q + 10 (10)

5) Observação 6h

6) Voltar em 1 amp IM:

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE  
AUTENTICIDADE E FIDELIZAÇÃO

009201801.00197 AUTENTICACAO

Certifico que este documento  
é uma cópia fiel do original  
assinado pelo **Releu Carreiro**  
Juiz de Direito da  
JUIZADO, 163º NÚMERO 10

*Verônica*

Vera Lúcia Foz de M. Silveira  
Tábia Substância

Ana Paula Correia da Silva  
COREU PE001.028.000 TE  
38:25

Dña. Wladia Viana  
CRM 24460  
19 AGO. 2018

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO  
CNPJ: 06.775.273/0001-10

ASSINATURA – CRM

Rua Jander Gonçalves do Amaral, nº 11 - Jurema - PE  
José Manoel da Souza Ferraz - Tabelião  
REGISTRO CIVIL DE IMOVEIS, PROTESTOS,  
TÍTULOS, CUCUMBITOS E ANEXOS.  
NOMEADO PELA LEI Nº 1656 DA  
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 22 DE  
20 DE JULHO DE 1982.

ARM

ARUANA SEGUROSA

03 DEZ 2018



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02388-4

CONTA: 000010018259-3

---

Nr. da Autenticação CA43D2CD078843ED

ATENDI  
E 5547

lampadas

100-1000

MATRÍCULA: 34056005 1017/05

DADOS DO CLIENTE

GERCIKA ALVES CAVALCANTE

GERICA ALVES CAVALCANTE  
R. CEL. MELINHO, V. 00093 - CRUZES, PANEAS PE 55470-100

R CEL MELINHO, V. 00093 - C02E3 PARCELAS

INSCRICAO: 207.810.033.0000.495 GRUPO: 13 DEB AUTOMATICO: 00000000

	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA

SITUAÇÃO ÁGUA  
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO  
POTENCIAL

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIA  
COMERCIAL INDUSTRIAL

PUBLICA

HIDRÔMETRO  
A095343302

DATA LEIT. ANTERIOR  
09/07/2018

DATA LEIT. ATUAL  
08/08/2018

TIPO DE CONSUMO (A/E)  
MEDIA (U)

ACQUA:

LEIT ANT: 566

CONSUMO:5

LEIT ATU:

RECORRENCIA TAXA M

LEFT FAT: 576

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

01

06/2018	01
07/2018	06

05/2018	06
06/2018	06

04/2018 06

03/2018	05
---------	----

02/2018 06

01/2018 06

MEDIA: 05

PARAMETROS	NUMERO DE UNIDADES	
	EXIG. POR MS 2.914/11	ALICUOTA
TURBIDEZ	10	10
COR APARENTE	10	10
COLOR RESIDUAL	10	10
COLIF. TOTALES	10	10
E. COLI	10	10

Qualidade de Água: www.comprova.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMPLAS  
 (2) OS PARÂMETROS COIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLAMIDÍO  
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS  
ACUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE AGUA

CONSERVATION OF THE  
COLUMBIAN BAT (MYotis L. B. STAMP) IN

MULTA P/IMPON SRETONDE

CONSUMO	TOTAL: 6.47
---------	-------------

5 ME 3, 65

0.1.

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	8,65	1,65	0,14
COFINS	8,65	7,60	0,66
<b>TOTAL A PAGAR:</b>			<b>8,82</b>

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 8,82

## MESSAGE

ARUANA SEGURODORA  
03 DEZ 2018



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOELSON TIBURCIO OLIVEIRA LOPES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA STA MARIA BOA VISTA 700

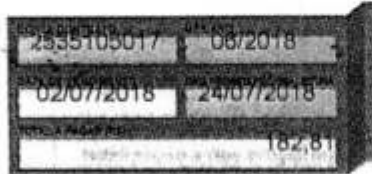
CPF: 026.518.304-21

JARDIM PANORAMA/CARUARU  
CARUARU/PE  
55038-180

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásica

PERÍODO DE FATURAMENTO  
02/07/2018 a 24/07/2018

PERÍODO DE FATURAMENTO  
21/06/2018 a 03/07/2018



DESCRIÇÃO DA QUANTIDADE	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	100,0000000	0,73977710	73,97
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,73
Acrescimo Bandeira VERMELHA			10,27
Contribuição Iluminação Pública			13,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 014097588 - 23/04/18			1,25
Multa por atraso-NF 017881836 - 23/05/18			2,74
Multa por atraso-NF 014097588 - 23/04/18			2,75
Juros por atraso-NF 014097588 - 23/04/18			1,78
Juros por atraso-NF 017881836 - 23/05/18			0,41
Atualização IOPM-NF 014097588 - 23/04/18			2,48
Atualização IOPM-NF 017881836 - 23/05/18			0,53
TOTAL DA FATURA			182,81

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FURÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
							1,00000		100,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
PERÍODO	DATA	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL	PERÍODO	DATA	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
JAN 18	180				Transmissão	18	8,71	4,26%	
MAR 18	180				Distribuição (Celpe)	18	21,08	10,34%	
ABR 18	207				Perdas de Energia	18	9,08	4,27%	
MAR 18	180				Energia Retornada	18	8,07	3,77%	
FEV 18	177				Tributos	18	48,33	23,44%	
JAN 18	226				Total	18	107,37	100%	
DEZ 17	232								
NOV 17	203								
OUT 17	171								
SET 17	274								
AGO 17	218								
JUL 17	278								
JUN 17	181								

Nota: Este documento é emitido pelo sistema de medição e controle de consumo de energia elétrica. O cliente é responsável por manter o sistema de medição e controle de consumo de energia elétrica em bom estado de conservação e funcionamento. Qualquer alteração no sistema de medição e controle de consumo de energia elétrica deve ser comunicada imediatamente ao Departamento de Atendimento ao Cliente.

ARUANA SEGURADORA  
03 DEZ 2018