

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosemere Fernandes da Silveira 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 N° 074.108.884 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José William dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 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>laser</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_mere2008@yahoo.com.br</u>	<u>1831 99215-1674</u>	<u>1831-9-9616-4678</u>	

Caruaru PE 23 de Novembro de 2018

Local e Data



Rosemere Fernandes da Silveira

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sóbral,
RG nº 5.553.079, data de expedição 27/03/2012
Órgão _____, portador do CPF nº 025.866.704-42, com
domicílio na cidade de Panélas, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Povoado de Enzez, nº 17,
complemento lona, 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: Moto
Modelo: Honda CG 150 TITAN ICS
Ano: 2009 / 2009
Placa: KJS 4773
Chassi: GC2KE15409R026337
Data do Acidente: 19.08.2018
Local e Data: Jurema PE. 19.09.2018

* Paulo de Sóbral
Assinatura do Declarante



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

PE CARTÓRIO DO ÓFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGJ, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jardim da Lusitânia, 11 - Centro - Juazeiro/PE - CEP: 50480-000 - Fone: (87) 8617-0694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Edilma Maria de Oliveira

Reconheço(mos) Firma(x): << POR AUTENTICIDADE >>
<< >>
SELLO N°: 0152439.WMRS020180104286
SELLO N°:
Data fl.: Juazeiro (PE) 19/08/2018 Em testemunho da verdade.
Encargos: R\$ 1,49
TBRN: R\$ 0,74
FERC: R\$ 0,39
Total: R\$ 4,66

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

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jud.br/autenticar

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
ESTADO GERAL DE PERNAMBUCO, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOTARIAÇÃO PELO ATO Nº 1655 DA
RESTITUIÇÃO INSTITUCIONAL Nº 200
DE 01 DE JULHO DE 1987.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sóbral,
RG nº 5.553.079, data de expedição 27/03/2012
Órgão _____, portador do CPF nº 025.866.704-42, com
domicílio na cidade de Panélas, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua das Enzejas, nº 17,
complemento lona, 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: Moto
Modelo: Honda CG 150 TITAN ICS
Ano: 2009 / 2009
Placa: KJS 4773
Chassi: GC2KE15409R026337
Data do Acidente: 19.08.2018
Local e Data: Jurema PE. 19.09.2018

* Paulo de Sóbral
Assinatura do Declarante



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

PE CARTÓRIO DO ÓFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGJ, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jardim da Lusitânia, 11 - Centro - Juazeiro/PE - CEP: 50480-000 - Fone: (87) 8817-0694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Edilma Maria de Oliveira

Reconheço(mos) Firma(x): << POR AUTENTICIDADE >>
<< >>
SELLO N°: 0152439.WMRS020180104286
SELLO N°:
Data fl.: Juazeiro (PE) 19/08/2018 Em testemunho da verdade.
Encargos: R\$ 1,49
TBRN: R\$ 0,74
FERC: R\$ 0,39
Total: R\$ 4,66

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

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jud.br/autenticar

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
ESTADO GERAL DE PERNAMBUCO, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOTARIAÇÃO PELO ATO Nº 1655 DA
LEI N.º 1.317, DE 21 DE JULHO DE 1987.



Receituário



Protocolo Médico

José Willian da Santa, 31 anos, deitado
vítima de acidente de moto quando
recebeu três colhos em queimaduras
atendimento no local pelo SAMU, com
encaminhamento do paciente para o Hospital
Regional de Pernambuco em 13/08/2018
Diagnóstico de fratura de punho
direito. Transferido para o Hospital
Regional Pernambuco (Belo Jardim) com realização
de exames de emergência em 23/08/2018 e com es-
cavação de fratura com placa e parafuso, com
fechamento com placa e parafuso, com
alto em 24/08/18. Túlio x com material
de sintese 03 parafusos e placa
de sintese 03 parafusos e placa
aparente cicatriz de 07cm em face ante
mão de anelares direitos
recebeu alto de gesso e ferrete

Consulte a padronização de
medicamentos do seu hospital

CID: S62

Rua Artur Antônio da Silva, 80 - Centro - CEP 56300-000
Fone: 81 2103.8600 Cep: 56300-000 - Caruaru - PE

Dra. Marcia Virginia
Medica

CRM - 11018

Caruaru 27/08/18



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

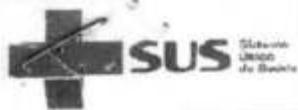
2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

J. Felipe Guedes
CRM-PB 7451
CRM-PE 21026



**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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 colecção - cirúrgica
de fratura de rádio à direita

ARUANA SEGUROADORA

03 DEZ 2018

Necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

RX + quadro clínico

04.08.02.0427

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

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

Cirurgia

0261, código do procedimento

04.08.02.0427

28 - Clínica Clínica ortopédia	30 - Caráter de Internação Autônomo	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 04.64.464-90
PROCEDIMENTO SOLICITADO			

33 - Nome do Profissional Solicitante Mauroque Souza	34 - Data da solicitação 22/08/18	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) 04.64.464-90
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		

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 - Série
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado () Não segurado

AUTORIZAÇÃO

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

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE

Hospital Jesus Pequenino

18/08/2018

01/09/2018

Ana Amélia

Assessora Social

CRESS/PE 4.411

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	Recepç.:	ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA	
Convênio:	SES- ORTOPEDIA					Matrícula:	898004505258264	
Responsável:						Identidade:		
Médico:	DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA					Cartão SUS:	898004505258264	
Paciente:	120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS					Sexo:	MASCULINO	
Nascimento:	03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses					Est. Civil:		
Endereço:	RUA CEL MELINHO,					C.P.F.	07410888431	
Bairro:	CRUZES					Identidade:	7358937	
IBGE/Cidade:	2610202 PANELAS					CEP:	SSP	PE
Pai:	AURELIANO XAVIER DOS SANTOS					UF:	81.82126228	
Mãe:	MARLENE XAVIER DOS SANTOS					G.Instrução:		
Nacionalidade:	BRASIL					Ocupação:		
Obs.:	SENHA ORTOPEDICA 480723					Naturalidade:		

Queixa do Paciente:

Paciente com antecóito no momento

H.D.A.:

Exame Físico:

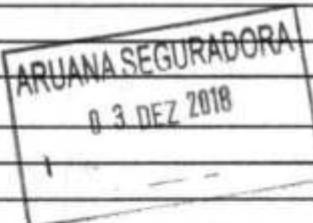
Estatim coxa direita

H.D.:

① Fratura de rodízio à direita

Tratamento:

① Procedimento cirúrgico



Bezerros, 22 de agosto de 2018

Dra. Mariana Soares
CRM: 27006
Assinatura

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 2010/18

Hospital Jesus Pequenino

Assessoria Técnica
CRESS/PE 4.471

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

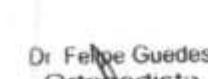
Recepção: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
Matrícula: 898004505258264
Identidade:
Cartão SUS: 898004505258264

Paciente: 120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS
Nascimento: 03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses
Endereço: RUA CEL MELINHO,
Bairro: CRUZES
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:

Repcionista:

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

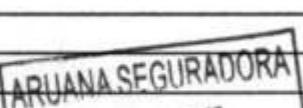
Alta Hospitalar	Data: <u>26/08/2018</u>
Médico: _____	
 Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM: 21025	
<hr/> Assinatura / CRM	

Transferência Hospitalar Data: ___/___/___
Médico: _____

Diagnósticos	
Diagnóstico Provisório:	_____

Diagnóstico Definitivo:	_____

Óbito Data: ___/___/___
Médico: _____

Diagnóstico Secundário:	
	

Conferido Com Documento

Original Beamer Class

Original address: _____

llbf
Ana Amorim

Ana Antoni
Assessante Socia
CRESSPIE 4.471



RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO 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	
<ol style="list-style-type: none"> 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 RÁDIO 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 SFD,9% 12. SUTURA POR PLANOS 13. CURATIVO 	

Conferido Com Documento.

Original Bezerros R. 30/10/18

Hospital Jesus Pequenino

Ildef 12/04/06
Ana Amorim
Assessante Social
CRESS/PE 4.471

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

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018
1

FICHA DE ANESTESIA

Nº

Data

23/08/16

Anestesia:	fléxus de flex Braga				NB	
Nome:	José William da Costa	Nº do Registro				Nº na Clínica:
Clinica:		Quarto:	Leito:	Idade:	Sexo:	Cor:
Operador:	Dr Felipe	Assist.:				Anestesista: <i>Alberto</i>
Diag. Preop.:	Hernia - Vórtex Rígio D.R.	Diag. Posop.:	O	re	A	D
Op. Proposta:	Hernia	Op. Realizada:				
Premeditação:		Hora:				Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3)
						Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	15	30
	N2O			O2			O2			O2		O2	
Líquidos venosos													
PA °C	240												
V	38	220											
PULSO	36	200											
ANES x	34	180											
OP O	32	160											
TEMP A	30	140											
ASPIR A		120											
RESP O		100											
		80											
		60											
		40											
Expon/ Assis. Contro.													
SÍMBOLOS													

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES:	
A.		fléxus intercluso	ARUANA SEGURADORA 03 DEZ 2018 Parte 03	
B.		toxina de fleg		
C.		hernia celiadica		
D.		hernia		
E.				
F.				
G.				
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ÓRO FARÍNGEA. NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	Conferido Com Documento Original Bezerros PE Hospital Jesus Pequenino 03/06/18 Ana Amorim Assessante Social CRESS/PE 4.471 05/06/18	
	Tempo de Anestesia			
TOTAL				
OPERAÇÃO:			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vomito	Hemorrágia Arritmia Bradí - Taquicardia - Choque
ANESTESISTA:	Dr. Antônio Adeliano F. Oliveira Médico CREMEPE - 18988	CIRURGIANO:	Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM: 2102	PERDA SANGUÍNEA:



MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: José William dos Santos Registro N°. 120960
 Aptº. _____ Enfermaria: _____ Data: 23/08/18
 Cirurgia: Fract de Radice distal Cirurgião: Dr. Felipe
 Anestesia: Bloqueio de plexo Anestesista: Dr. Adelando
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	03 amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01 amp			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 500 ml 1.000 ml			
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocalcina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocalcina 2% c/a	01 amp		
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				Dipirona 02			
Keflin 1g	01 amp						
Ketalar							
Lasix							
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a	01 amp						

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

01 amp

Conferido com Documento

Original Receptor P. 2010

Hospital Jesus Pequenino

01/08/2018

Ana Amorim
Assistente Social
PESSE 4.41

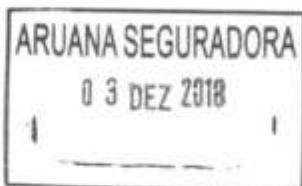
Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abiocath T _{2,2} +J ₂₀	06	Unid		Urofix			
Agulha Desc. J _{25x7}	04	Unid		Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival J _{20x40}	02						
Agulha Raque plexo	01			FIOS			
Agulha Sutura insulin	04	l.					
Algodão Hidrófilo				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 c/105 pct				Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon c/1A 20 01	Unid		
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrado	12			Polycot			
Espadrado Anti-alérgico				Seda			
Espadrado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	05	pct		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada	50		
Gelfoan				Álcool Simples	50		
H. Kuntscher				Álcool Iodado			
Intracath	04			Éter			
Luva Descartável	06	Pare		Formol			
Luva Comum m	04	,,		Germopol			
Lâmina Bisturi/V:				Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				OXIGÊNIO	T2		
P. L. Sherman				oxigênio do pulso	T2		
Pr. S. Petersen				Das ____ ás			
Par. Sherman							
Pino Stelman				PROTÓXIDO			
Prótese Thompson							
Scalp							
Seringa 03 cc	01	Unid					
Seringa 05 cc	01	,					
Seringa 10 cc	03	,					
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 10 cc				Artroscopia			
Seringa Vidro 20 cc				Bisturi Elétrico			
Seringa de 01 cc				Desfibrilador			
Sonda Estom nº				Monitor			
Sonda Levine nº				Touca	05		
Sonda Uretral nº				máscaras	05		
Sonda Foley nº				pro - pi	10		
Sonda "3v nº				escovas plásticas	04		
Sonda p/ O ₂	01	Unid					

ARUANA SEGUROADORA
03 DEZ 2018

Conferido Com Documento
Original Benedito Pires
Hospital Jesus Resende
Ana Amélia Soárez
Assessora
CRESSPFT 4.471

Sexta Edição - São Bernardo
SCPF-074-118-884-31

Dezembro 2018
ESTOQUE



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
580083745

NOME RODRIGUEZ FORMOSINA DA SILVA		
DOC DENTRADA /ÓRG ÚNICO /UF 6274229 SSP PE		
CPF 626.462.994-84	DATA NASCIMENTO 11/01/1975	
FILIAÇÃO BEVERINO FIRMINO DA SILVA MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA		
PERMISSÃO _____	ACE CAT HAB C	
NP REGISTRO 03911656616	VALIDADE 06/11/2017	1ª HABILITAÇÃO 18/08/2006
OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Resunerada		
Assinatura do portador		
LOCAL CARUARU - PE	DATA EMISSÃO 16/11/2012	
<i>Lisete Souza</i> ASSINATURA DO EMISSOR		
93840868064 PE049957236		
DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)		

PROIBIDO PLASTIFICAR



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 Virtudes
 N° 700 COMPLEMENTO 100 Bairro Jardim Panorama
 CIDADE Curitiba UF PR CEP 55038-180
 E-MAIL TELEFONE (41) 992951674

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)
- UNA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 03/12/18

IDENTIDADE

ASSINATURA Rosane F. de Oliveira

RESPONSÁVEL PELA INDENIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGURO DRAFT

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



<< POR AUTENTICIDADE >>

S. JOSE WILLIAM DOS SANTOS >>

SELO N°: 0162409-RAD06201801-04295

SELO N°:

Dou 16. Jurema (PE) 13/09/2018

Em testemunho

Empregos: R\$ 1,75

FERC: R\$ 0,39

Tribut: R\$ 0,00

Jurema
Feira
Feira
Tabelião de Notas
José Luís Ferraz da M. Silveira
Tabelião Substituto

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital

PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO

CNPJ: 08.775.273/0001-10

Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE

José Maria de Souza Ferraz - Tabelião

REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,

TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.

NOMEAÇÃO PELO ATO N° 1656 DA

EMENDA CONSTITUCIONAL N° 22 DE

29 DE JULHO DE 1982.

OUTORGANTE (vítima/beneficiário):

Nome: José William dos Santos

Identidade: 7.358.937 CPF: 074.108.884-31

Est. Civil: Solteiro Profissão: Aluno

Endereço: Rua Cel. Melo 113 N° 93

Bairro: Zona Rural de Cruzes

Cidade: Panelas UF: PE.

OUTORGADO (procurador):

Nome: Rosângela Fernandes da Silva

Identidade: 6274.229 CPF: 628.462.994-04

Est. Civil: Solteira Profissão: Aluno

Endereço: Rua Santa Maria da Boa Vista N° 700

Bairro: Jardim Panorama

Cidade: Coronaville 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:

CARTÓRIO
Ofício RGJ - Jurema - PE
Souza Ferraz

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

ABENILDA MARIA BARBOSA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	129394769	*****	2015

NOME
PAULO DE SOBRAL

PANELAS-PE

CPF / CNPJ	PLACA
025.666.704-42	KJ34773
PLACA ANT / UF	CHASSI
***** /PE	9C2KC15109R026317

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS /MOTOCICLETA/	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2009	2009
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
29/149CL	PARTIC	VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	IPVA 2015 QUITADO		1º *****
	FADA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
	1		3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL: (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO	RO OBRIGATÓRIO		

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
DESENTRALIZAMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NAO VAI PARA TRANSFERÊNCIA

DANEIAS	LOCAL	DATA
		04/03/15
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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 DATA EMISSÃO
2015 04/03/15

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	025.666.704-42	KJ34773
RENAVAM	MARCA / MODELO	
129394769	HONDA/CG 150 TITAN KS	
ANO FAB.	CAT. TAMB.	Nº CHASSI
2009	09	9C2KC15109R026317

PRÉMIO TARIFÁRIO

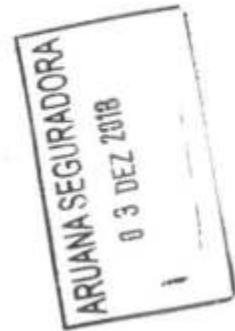
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.668/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MAI / 2014

DESTAKE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO È DE PORTE OBRIGATORIO.





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 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



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 ASL:

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:

Aluno/me

Endereço:

Rua Cel. Melo

Número:

93

Complemento:

casa

Bairro:

Erezez

Cidade:

Panorama

Estado:

PE.

CEP:

55470-000

E-mail:

rose-mere2008@yahoo.com.br

Tel.(DDD):

1831-99215-1674

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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)

AGÊNCIA: 2388 CONTA: 18.259 Dígito: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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.

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão
digital da
víctima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data,

Panorama, 07/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

José William dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

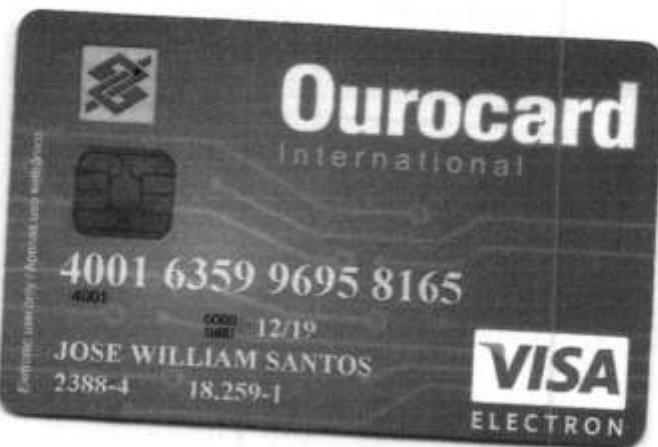
2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

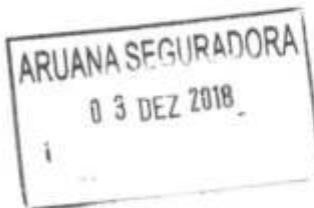
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



2388-4 - 18.259-1

Panpanca

Banco do Brasil





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE JUREMA

146º CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª. CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146ºCIRC DINTER/146º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0236000246

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconfeceu no dia **19/8/2018** no periodo 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)
JOSE WILLIAN DOS SANTOS (VÍTIMA)

ARUANA SEGURADORA

03 DEZ 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

Placa: **KJ54773 (PERNAMBUCO/PANELAS)** Renavam: **129394769** Chassi: **SC2KC15109R026317**
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

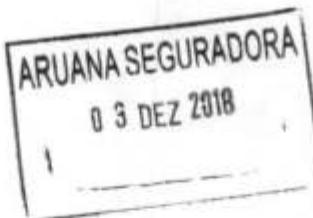
ענין זה נאם בפירושו של ר' יונה בן נון: "

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(n) 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 ASL:

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:

Aluno/me

Endereço:

Rua Cel. Melo

Número:

93

Complemento:

casa

Bairro:

Erezez

Cidade:

Panorama

Estado:

PE.

CEP:

55470-000

E-mail:

rose-mere2008@yahoo.com.br

Tel.(DDD):

1831-99215-1674

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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)

AGÊNCIA: 2388 CONTA: 18.259 Dígito: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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.

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão
digital da
víctima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data,

Panorama, 07/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

José William dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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

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

MÉDICO PLANTONISTA: DR °**QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA**

Pt: alcoolizado, queda de moto há 30 mts - Perdeu consciente
 Nega: Dolor e síncope, não fez exame

PRESSÃO ARTERIAL: 130x70**PESO:****PULSO:****TEMPERATURA:****HGT:**VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.**DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:****PREScriÇÃO MÉDICA:**

200505%1000 e 2º 2º
 ① Plaxil 01gr + po (TU)
 ② Dipirona 01 gr + po (TU)
 ③ Observação 6 h
 voltaren 1amp IM;

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ 00.775.273/0001-10

Rua Jardim das Oliveiras nº 11 - Jeminha - PE
 José Matos - Bairro Jeminha - Tabatinga
 REGISTRO OFICIAL DE PROVÉIS, PROTESTOS,
 TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
 NOMEADO PELA LEI N° 1656 DA
 EMENDA CONSTITUCIONAL N° 22 DE
 20 DE JULHO DE 1982.

ASSINATURA - CRM



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 9547 sepepad 10/08/2018

MATRÍCULA: 34956005 10/08/2018

DADOS DO CLIENTE
GERCICA ALVES CAVALCANTE
R CEL MELINHO, V. 00093 - CRUZES PANELAS PE 55170-000

INSCRIÇÃO: 287.810.033.0000.495 GRUPO: 13 DEB. AUTOMATICO

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A095343302	DATA LEIT. ANTERIOR 09/07/2018	DATA LEIT. ATUAL 08/08/2018	MÉDIA 100	

ÁGUA:
LEIT ANT: 566 CONSUMO: 5
LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA M
LEIT FAT: 576

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARÂMETROS	EXIG. PONT.	ATUALIZ.	REALIZ.	PERCENT.
06/2018	01	HS 2.914/11	10	10	100
05/2018	06	TURBIDEZ	10	10	100
04/2018	06	COR APARENTE	10	10	100
03/2018	05	CLORO RESIDUAL	10	10	100
02/2018	06	COLIF. TOTAIS	10	10	100
01/2018	06	E. COLI	10	10	100

MÉDIA: 05 Qualidade de Água: WWW. CORPESE.COM.BR

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/ IMPONTE JALIDADE 06/2018

CONSUMO TOTAL: 5,00

0,1

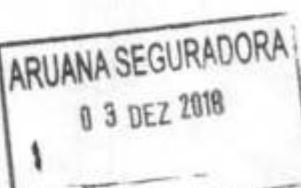
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
HS COFINS	8,65 8,65	1,65 7,60	0,14 0,66

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 8,82

MENSAGEM:

VIA DO CLIENTE





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.428, de 26/04/02

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Deus, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOELSON TIBURIO OLIVEIRA LOPES

CPF 026 618 304-21

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA. MARIA BOA VISTA 700

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

JARDIM PANORAMA/CARLIARU
CARUARU PE
55038-180

02/07/2018	DIA A	22/08/2018
02/07/2018		24/07/2018
22/08/2018		03/09/2018

2355105017	06/2018
02/07/2018	24/07/2018
182,81	

DETALHAMENTO DA FATURA			
Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	100.0000000	0,73977710	73,97
Acréscimo Bandeira VERMELHA			10,27
Contribuição Iluminação Pública			13,52
ICMS Subvenç. No-CDE-NF 014097588-23/04/18			1,25
Multa por atraso-NF 017881838- 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 017881838- 23/05/18			0,41
Atualização IGPM-NF 014097588- 23/04/18			2,45
Atualização IGPM-NF 017881838- 23/05/18			0,53

TOTAL DA FATURA

182,81

DETALHAMENTO DA FATURA DE CONSUMO DE REFERÊNCIA								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
JUN18 188		BASE DE CALCULO	157,37	28,00	VALOR DO IMPORTE	0,73	182,81	
JUL18 180								
AGO18 207	ICMS	157,37	0,78	1,24				
SET18 191	PIS	157,37	3,98	5,75				
FEV18 177	COFINS							
JAN18 226								
DEZ17 232								
NOV17 203								
OCT17 131								
SET17 214								
AGO17 218								
JUL17 278								
JUN17 181								

Este documento é gerado automaticamente e não pode ser modificado. O valor da fatura é composto pelo consumo de energia elétrica e pelos impostos e encargos que integram o valor da tarifa social de energia elétrica. O valor da fatura é composto quando há violação de contratos individuais ou de regras de fornecimento. Pode ser alterado para multa 2% (dois por cento), acrescido de 1% (um por cento) de atualização monetária no preço, mais O Cliente é compensado quando há desempenhamento de atendimento comercial.

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018