



Número: **0012880-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE FATIMA RAMOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
67086 358	27/08/2020 16:46	<u>ANEXO 1</u>
Tipo		
Outros (Documento)		



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Nº Sinistro: **3180219480**
Vitima: **MARIA DE FATIMA RAMOS**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180219480**.

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

Carta nº 12819496

Pag. 00939/00940 - carta_01 - INVALIDEZ



00020470



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716463935100000065809544>
Número do documento: 20082716463935100000065809544

Num. 67086358 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DE FATIMA RAMOS

Sinistro: 3180219480
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS
Data do Acidente: 12/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180219480 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00388/00388 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12833205



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716463935100000065809544>
Número do documento: 20082716463935100000065809544

Num. 67086358 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta nº: 12956410

A/C: MARIA DE FATIMA RAMOS

Nº Sinistro: 3180219480
Vitima: MARIA DE FATIMA RAMOS
Data do Acidente: 12/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MARIA DE FATIMA RAMOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 0000010470-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180219480**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA COREIA DO SUL nº 85 - AGAMENON MAGALHAES - IGARASSU/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7.067.563 - SSP**

Data e local do acidente: **12/02/2018 IGARASSU/PE**

Data e local do exame: **29/05/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

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

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICAIS EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA

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

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

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

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ


Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de Indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

068360824-96

Nome completo da vítima

Maria da Fátima Romes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria da Fátima Romes	068360824-96	funcionária
Endereço	Número	Complemento
Rua Garcia de Souza	85	canto
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	5811955203290
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (601) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

2171

D/V

CONTA

Nº:

10430

D/V

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

SACNCD

Name

NºC/C

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018
9

Maria da Fátima Romes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716463935100000065809544>
Número do documento: 20082716463935100000065809544

Num. 67086358 - Pág. 6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Maria de Fátima Ramos | CPF da Vítima: 0683602696 | Data do Acidente: 12/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinale uma das opções abaixo:

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

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

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

Itapuama, 16 de Maio de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018

Maria de Fátima Ramos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017





UPA IGARASSU - IGARASSU



Atendimento: 944478
Data e Hora: 12/02/2018 00:27

Senha da Classificação:

0002

Paciente: 314922 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nome Social:
Data do Nascimento: 29/07/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: EUNICE MARIA RAMOS Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA COREIA DO SUL 85 Bairro: AGAMENON MAGALHAES
Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53640250 Usuário Atendimento: FABIANACS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmhg
DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Enurese de INZ(8)

EXAME FÍSICO:

Sor e coluna em Tofografie peri-vertebral (D)

HIPÓTESE (S) / DIAGNÓSTICA (S):

Enurese?

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

NEPE de Tonelado (D)

- SOR VIRE.

PREScrição MÉDICA:

- Tonelado 10g + 5serm GF-EV 8/86
- Profenid 10mg + IM 12/124
- Resaduron 4mg - IM 1x seman

HORÁRIO

Dr. Thiago Machado
Medicina / Traumatologista
CRMESP 18389
FON 16 850

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Médico / Cremepc:

ENCAMINHADO: Ambulatório Sala Verde Sala Amarela Sala Vermelha
Médico / Cremepc:

*(gute
exente
13/02/18)*



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000000010470-9

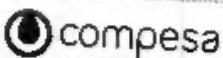
Nr. da Autenticação EAC7441079B9008B



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716463935100000065809544>

Número do documento: 20082716463935100000065809544

Num. 67086358 - Pág. 9



ATENDIMENTO: RUA DR COSME DE SA PEREIRA - NUM. - S/N - CENTR
C. IGARASSU PE 53610-010

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
COSME GRACIELIANO RAMOS MATRÍCULA 11439276; FEVER/2018
R. COREIA DO SUL, N. 00085 - CENTRO IGARASSU PE 53640-250
INSCRIÇÃO: 068.115.435.0258.000 GRUPO: 4 DIL. AUTOMÁTICO: 011439276

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A165410194	DATA LEIT ANTERIOR 26/01/2018	DATA LEIT ATUAL 26/02/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA MD

AQUA:

LEIT ANT: 10 CONSUMO: 0
LEIT ATU: RECORRENÇA TAXA M
LEIT FAT: 20

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2018 00
12/2017 00
11/2017 00
10/2017 00
09/2017 00
08/2017 00
MÉDIA: 00

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDIMENTO
TURVIDEZ	HS 2.914/11	46	46	46
COR APARENTE		46	46	45
CLORO RESIDUAL		46	46	42
COLIF. TOTAIS		46	46	39
E.Coli		46	46	39

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL, 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

0,13 40,18

TIMBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	40,18	1,65	0,66
OPENS	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO: 08/03/2018 TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2017, EXCETO
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018



14/05/2018

2a Via da Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvintel: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ISAIAS DE OLIVEIRA SILVA AO LADO DA LOJA JJ CPF: 040.668.714-78	DATA DE VENCIMENTO 23/04/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/04/2018	CONTA CONTRATO 000724992021
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FREI SERAFIM 13 ITAPISSUMA/ITAPISSUMA 52700-000 ITAPISSUMA PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 153,34	DATA DA APRESENTAÇÃO 16/04/2018	Nº DO CLIENTE 2006455208
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 013027052	Nº DA INSTALAÇÃO 90014933776	
RESERVADO AO FISCO 7827.0C4A.3E78.3CB4.B087.0B9B.9A66.2AE2			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO LIVR.
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉTA MENSAL	MÉTA TRIM.	MÉTA ANUAL			
Nov/2018								
DIC-No de horas sem Energia	TAPISSUMA	0,00	5,07	10,16	20,32			
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	1,30	6,80	13,20			
DICR-Duração máximas de interrupção contínuas		0,00	2,86	9,50	0,00			
DICR-Duração da interrupção até dia útil			Limite DICR 12,22					
USO-Valor do Encargo de Uso - R\$ 45,06								
Total Encargos de Uso realizados a descontos das Indicações DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PRÉTENDUE AQUA

DESCRIÇÃO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO 000724992021	04/2018	153,34	20/04/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este caphoto será usado em leitora ótica.

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este caphoto será usado em leitora ótica.**



14/05/2018

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ISAIAS DE OLIVEIRA SILVA AO LADO DA LOJA JJ CPF: 040.969.714-79

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
23/04/2018	16/04/2018	000724992021
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
153,34	16/04/2018	2006455206
CLASSIFICAÇÃO		
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 7827.0C4A.3E78.3CB4.B087.0B9B.9A66.2AE2		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,66042619	129,28					
Contribuição Iluminação Pública			16,32					
ICMS Subvenção-CDE-NF 001702851-16/01/18			1,25					
ICMS Subvenção-CDE-NF 005502602-15/02/18			1,27					
Multa por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			2,62					
Juros por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			1,70					
Atualização IGP-M-NF 005502602 - 15/02/18			0,80					
TOTAL DA FATURA			153,34					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
129,28	25,00	32,32	129,28	0,52	0,67	129,28	2,40	3,10

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt. Reav.	Valor
22/03/18	16/04/18	137,84

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros da restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh) 0,48898609	kWh
ABR 18	194
MAR 18	175
FEV 18	186
JAN 18	192
DEZ 17	192
NOV 17	162
OUT 17	185
SET 17	159
AGO 17	155
JUL 17	199
JUN 17	201
MAR 17	204
FEB 17	221
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
US\$ %	
geração de Energia 16,29 28,07	
Transformação 2,83 2,79	
Distribuição (celpe) 31,64 24,47	
Encargos Setoriais 11,35 9,22	
Total 36,02 27,92	
Tributos 129,28 106	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Revisão 2018					
DIC-No. de horas sem Energia	ITAPISSUMA	0,00	5,07	10,15	20,35
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	1,30	6,60	13,20
DIMC-Durango máxima de Interrupção contínua		0,00	2,86	0,60	0,00
DICR-Duração da Interrupção em dia útil			Límite DICR: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 42,06					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração das indicações DIC, FIC, DIMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No dia da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, gera multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo mais longo.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000724992021	04/2018	153,34	23/04/2018	4 MAI 2018

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este caphoto será usado em leitora ótica.

<a href="http://autoatendimento.celpe.com.br/autenticacao/validar/validar?numero=000724992021&dataReferencia=201804231000&dataReferencia2=201804231000&dataReferencia3=201804231000&dataReferencia4=201804231000&dataReferencia5=201804231000&dataReferencia6=201804231000&dataReferencia7=201804231000&dataReferencia8=201804231000&dataReferencia9=201804231000&dataReferencia10=201804231000&dataReferencia11=201804231000&dataReferencia12=201804231000&dataReferencia13=201804231000&dataReferencia14=201804231000&dataReferencia15=201804231000&dataReferencia16=201804231000&dataReferencia17=201804231000&dataReferencia18=201804231000&dataReferencia19=201804231000&dataReferencia20=201804231000&dataReferencia21=201804231000&dataReferencia22=201804231000&dataReferencia23=201804231000&dataReferencia24=201804231000&dataReferencia25=201804231000&dataReferencia26=201804231000&dataReferencia27=201804231000&dataReferencia28=201804231000&dataReferencia29=201804231000&dataReferencia30=201804231000&dataReferencia31=201804231000&dataReferencia32=201804231000&dataReferencia33=201804231000&dataReferencia34=201804231000&dataReferencia35=201804231000&dataReferencia36=201804231000&dataReferencia37=201804231000&dataReferencia38=201804231000&dataReferencia39=201804231000&dataReferencia40=201804231000&dataReferencia41=201804231000&dataReferencia42=201804231000&dataReferencia43=201804231000&dataReferencia44=201804231000&dataReferencia45=201804231000&dataReferencia46=201804231000&dataReferencia47=201804231000&dataReferencia48=201804231000&dataReferencia49=201804231000&dataReferencia50=201804231000&dataReferencia51=201804231000&dataReferencia52=201804231000&dataReferencia53=201804231000&dataReferencia54=201804231000&dataReferencia55=201804231000&dataReferencia56=201804231000&dataReferencia57=201804231000&dataReferencia58=201804231000&dataReferencia59=201804231000&dataReferencia60=201804231000&dataReferencia61=201804231000&dataReferencia62=201804231000&dataReferencia63=201804231000&dataReferencia64=201804231000&dataReferencia65=201804231000&dataReferencia66=201804231000&dataReferencia67=201804231000&dataReferencia68=201804231000&dataReferencia69=201804231000&dataReferencia70=201804231000&dataReferencia71=201804231000&dataReferencia72=201804231000&dataReferencia73=201804231000&dataReferencia74=201804231000&dataReferencia75=201804231000&dataReferencia76=201804231000&dataReferencia77=201804231000&dataReferencia78=201804231000&dataReferencia79=201804231000&dataReferencia80=201804231000&dataReferencia81=201804231000&dataReferencia82=201804231000&dataReferencia83=201804231000&dataReferencia84=201804231000&dataReferencia85=201804231000&dataReferencia86=201804231000&dataReferencia87=201804231000&dataReferencia88=201804231000&dataReferencia89=201804231000&dataReferencia90=201804231000&dataReferencia91=201804231000&dataReferencia92=201804231000&dataReferencia93=201804231000&dataReferencia94=201804231000&dataReferencia95=201804231000&dataReferencia96=201804231000&dataReferencia97=201804231000&dataReferencia98=201804231000&dataReferencia99=201804231000&dataReferencia100=201804231000&dataReferencia101=201804231000&dataReferencia102=201804231000&dataReferencia103=201804231000&dataReferencia104=201804231000&dataReferencia105=201804231000&dataReferencia106=201804231000&dataReferencia107=201804231000&dataReferencia108=201804231000&dataReferencia109=201804231000&dataReferencia110=201804231000&dataReferencia111=201804231000&dataReferencia112=201804231000&dataReferencia113=201804231000&dataReferencia114=201804231000&dataReferencia115=201804231000&dataReferencia116=201804231000&dataReferencia117=201804231000&dataReferencia118=201804231000&dataReferencia119=201804231000&dataReferencia120=201804231000&dataReferencia121=201804231000&dataReferencia122=201804231000&dataReferencia123=201804231000&dataReferencia124=201804231000&dataReferencia125=201804231000&dataReferencia126=201804231000&dataReferencia127=201804231000&dataReferencia128=201804231000&dataReferencia129=201804231000&dataReferencia130=201804231000&dataReferencia131=201804231000&dataReferencia132=201804231000&dataReferencia133=201804231000&dataReferencia134=201804231000&dataReferencia135=201804231000&dataReferencia136=201804231000&dataReferencia137=201804231000&dataReferencia138=201804231000&dataReferencia139=201804231000&dataReferencia140=201804231000&dataReferencia141=201804231000&dataReferencia142=201804231000&dataReferencia143=201804231000&dataReferencia144=201804231000&dataReferencia145=201804231000&dataReferencia146=201804231000&dataReferencia147=201804231000&dataReferencia148=201804231000&dataReferencia149=201804231000&dataReferencia150=201804231000&dataReferencia151=201804231000&dataReferencia152=201804231000&dataReferencia153=201804231000&dataReferencia154=201804231000&dataReferencia155=201804231000&dataReferencia156=201804231000&dataReferencia157=201804231000&dataReferencia158=201804231000&dataReferencia159=201804231000&dataReferencia160=201804231000&dataReferencia161=201804231000&dataReferencia162=201804231000&dataReferencia163=201804231000&dataReferencia164=201804231000&dataReferencia165=201804231000&dataReferencia166=201804231000&dataReferencia167=201804231000&dataReferencia168=201804231000&dataReferencia169=201804231000&dataReferencia170=201804231000&dataReferencia171=201804231000&dataReferencia172=201804231000&dataReferencia173=201804231000&dataReferencia174=201804231000&dataReferencia175=201804231000&dataReferencia176=201804231000&dataReferencia177=201804231000&dataReferencia178=201804231000&dataReferencia179=201804231000&dataReferencia180=201804231000&dataReferencia181=201804231000&dataReferencia182=201804231000&dataReferencia183=201804231000&dataReferencia184=201804231000&dataReferencia185=201804231000&dataReferencia186=201804231000&dataReferencia187=201804231000&dataReferencia188=201804231000&dataReferencia189=201804231000&dataReferencia190=201804231000&dataReferencia191=201804231000&dataReferencia192=201804231000&dataReferencia193=201804231000&dataReferencia194=201804231000&dataReferencia195=201804231000&dataReferencia196=201804231000&dataReferencia197=201804231000&dataReferencia198=201804231000&dataReferencia199=201804231000&dataReferencia200=201804231000&dataReferencia201=201804231000&dataReferencia202=201804231000&dataReferencia203=201804231000&dataReferencia204=201804231000&dataReferencia205=201804231000&dataReferencia206=201804231000&dataReferencia207=201804231000&dataReferencia208=201804231000&dataReferencia209=201804231000&dataReferencia210=201804231000&dataReferencia211=201804231000&dataReferencia212=201804231000&dataReferencia213=201804231000&dataReferencia214=201804231000&dataReferencia215=201804231000&dataReferencia216=201804231000&dataReferencia217=201804231000&dataReferencia218=201804231000&dataReferencia219=201804231000&dataReferencia220=201804231000&dataReferencia221=201804231000&dataReferencia222=201804231000&dataReferencia223=201804231000&dataReferencia224=201804231000&dataReferencia225=201804231000&dataReferencia226=201804231000&dataReferencia227=201804231000&dataReferencia228=201804231000&dataReferencia229=201804231000&dataReferencia230=201804231000&dataReferencia231=201804231000&dataReferencia232=201804231000&dataReferencia233=201804231000&dataReferencia234=201804231000&dataReferencia235=201804231000&dataReferencia236=201804231000&dataReferencia237=201804231000&dataReferencia238=201804231000&dataReferencia239=201804231000&dataReferencia240=201804231000&dataReferencia241=201804231000&dataReferencia242=201804231000&dataReferencia243=201804231000&dataReferencia244=201804231000&dataReferencia245=201804231000&dataReferencia246=201804231000&dataReferencia247=201804231000&dataReferencia248=201804231000&dataReferencia249=201804231000&dataReferencia250=201804231000&dataReferencia251=201804231000&dataReferencia252=201804231000&dataReferencia253=201804231000&dataReferencia254=201804231000&dataReferencia255=201804231000&dataReferencia256=201804231000&dataReferencia257=201804231000&dataReferencia258=201804231000&dataReferencia259=201804231000&dataReferencia260=201804231000&dataReferencia261=201804



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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:

<https://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 Rosilva de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 058 128 054-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Fátima Lopes inscrita (a) no CPF sob o Nº 068 360 024-96, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis, Vítima Rosilva de Oliveira Silva inscrita (a) no CPF sob o Nº 068 360 024-96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Enderéco	Rua Fáci Serapim	Número	13	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	PE	CEP
Email	Hapisunira	Telefone comercial (DDD)	53	700-000
		Telefone celular (DDD)	(81) 9550-3290	

Aracaju/SE de 2018.

Local e Data

Rosilva de Oliveira Silva

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,
RG nº _____, data de expedição ____ / ____ / ____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de _____, no Estado de
_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima _____, cujo o condutor era
_____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

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



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 20/02/2018 11:03

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Pai: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDAS
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002498
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 984293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

• NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	INTERNAMENTO	
02 -	RX	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Hospital Memorial Armindo Moura
SAMA
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo,S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716463935100000065809544>
Número do documento: 20082716463935100000065809544

Num. 67086358 - Pág. 15



UPA IGARASSU - IGARASSU



Atendimento: 944742

Senha da Classificação:

Data e Hora: 13/02/2018 00:43

0002

Paciente: 314922 MARIA DE FATIMA RAMOS

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/07/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EUNICE MARIA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA COREIA DO SUL

-- 85

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU

PE Cep: 53640250

Usuário Atendimento: MARIAALC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

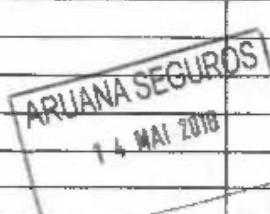
Sielva x4 horas

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO



Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: Ambulatório Sala Verde Sala Amarela Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 13/02/2018 00:42

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	MARIA DE FATIMA RAMOS
Cód. Paciente:	314922
Data de Nascimento:	29/07/1984
Sexo:	Feminino
Idade:	33
Senha:	0002
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 13/02/2018 00:43 - 13/02/2018 00:43

PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Clueixa Principal: DOR EM MID APÓS TRAUMA

Observação: PACTE COM MAIS DE 24H NA UNIDADE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 13/02/2018 00:43



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/02/2018 00:02

	Nome Paciente:	MARIA DE FATIMA RAMOS
	Cód. Paciente:	314922
	Data de Nascimento:	29/07/1984
	Sexo:	Feminino
	Idade:	33
	Senha:	0002
	Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
	Atendimento:	944478
	SAME:	

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:57

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação:

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:22

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação:

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PÉRDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFORANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:10

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

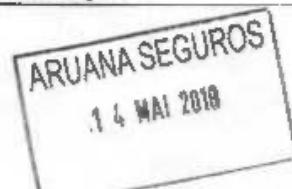
Observação:

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PÉRDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFORANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 20/02/2018 11:03

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Pai: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDAS
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002496
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 994293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

NV PRESERVADO

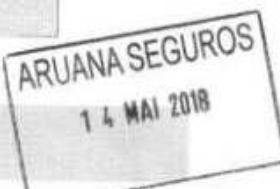
Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horário/Checagem
01 -	INTERNAÇÃO	
02 -	RX	
03 -		
04 -		

Reavaliação:



Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAMU
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo,S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716463935100000065809544>
Número do documento: 20082716463935100000065809544

Num. 67086358 - Pág. 20

Página 2 de 2

14 MAI 2018
ARUANA SEGUROS

Serviço de Arquivado / Adicão e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
ALCINÉA COUTINHO - CIN-Maceio-PE
Hospitais Memória Arminaldo Moura
SAÚDE





Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que MARIA DE FATIMA RAMOS compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
(X) Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
() Como acompanhante.
() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

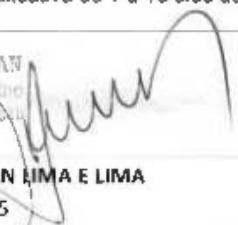
NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:06

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedista e Cirurgião de Trauma
CRM-PE 15595 / CRM-BA 11061
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595



ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018





Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

19/02/2018

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:06

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia da Juventude
CRM-PE 15695 / CRM-BR 17048
TEOT 11942

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:46:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716463935100000065809544>
Número do documento: 20082716463935100000065809544

Num. 67086358 - Pág. 23



Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO DIR

CID 10:

S82.8

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:07

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 | CRM-BA 17138
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018





Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS [1612835]

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

SOLICITO

USO DE MULETAS

S828

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:32

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
TEOL 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID



ASL: 0171684/18 - sinistro: 3180219480.

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *Maria de Fátima Ramos*
DATA DO ACIDENTE *12.02.18* CPF DA VITIMA *068 360 024-96*
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO *Rosilda de Oliveira Silva*

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESE COM
A VITIMA É *Rua Fri Seacim*
ENDERECO DO PORTADOR *Nº 10 COMPLEMENTO PE BAIRRO Outro CEP 53700-000*
CIDADE *Itamaraima* TELEFONE *(61) 98530-0200*
E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VITIMA (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 LESIVOS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA 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)
 COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUIM REPRESENTA A VITIMA MENDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE → R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE → ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) → REEMBOS D'ATE R\$ 2.750,00 (REEMBOS). 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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA 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)
 COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUIM REPRESENTA A VITIMA MENDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

16/05/18

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

DATA

14 MAI 2018

NOME

Rosilda de Oliveira

IDENTIDADE

Rosilda de Oliveira

ASSINATURA

Rosilda de Oliveira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICAIS EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Maria de Fátima Ramos	
Nacionalidade:	Brasiliana	Estado civil: Solteiro
Profissão:		
Identidade:	7.067.563	CPF: 068.360.024-96
Endereço:	Rua Camisa do Sul N° 85	

OUTORGADO:

Nome:	Kavilda de Oliveira Silveira	
Nacionalidade:	Brasiliana	Estado civil: Solteira
Profissão:	estudante	
Identidade:	6.875.899	CPF: 058.198.054-74
Endereço:	Rua trui serafim N° 13	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Igarassu 25/04/2018

LOCAL E DATA:

RECONHECO

Maria de Fátima Ramos

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO
DE
IGARASSU/PE

W P

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018

