

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
Nº Sinistro: 3180123487
Vitima: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
Data do Acidente: 17/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180123487**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12556033



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **SANDRO VASCONCELOS PEREIRA**

Sinistro: **3180123487**

Vítima: **SANDRO VASCONCELOS PEREIRA**

Data do Acidente: **17/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS**

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 3180123487** 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

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Carta nº: 12787748

A/C: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Nº Sinistro: 3180123487
Vítima: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
Data do Acidente: 17/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

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: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 0000090970-5

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 dos ombros 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





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, idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

021.348.564-83

Sandro Vazconcelos Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Sandro Vazconcelos Pereira

CPF titular da conta

021.348.564-83

Profissão

recusou

Endereço

Rua Jardim Quintandinha

Número

60

Complemento

Bairro

Socorro

Cidade

Jaboatão dos Guararapes

Estado

PE

CEP

54150-560

E-mail

mlrassessoupendencias@outlook.com

Telefone (DDD)

(81) 3011-3224

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRASECO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

TAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Var

AGÊNCIA

Nº

0648

CONTA

Nº

90970

CIV

5

AGÊNCIA

Nº

CIV

CONTA

Nº

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

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

Jaboatão PE 15 de Janeiro de 2018
Local e Data

Sandro V. Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018



ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180123487
Nome do(a) Examinado(a): Sandro Vasconcelos Pereira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jardim Quitandinha, 60
Socorro Jaboatao dos Guararapes PE CEP: 54150-560
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 3891289
Data local do acidente: [17/11/2017]
Data local do exame: [03/05/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FX DE UMEROS ESQUERDO.

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZACAO E FISIOTERAPIA.

Complicações: NAO HOUVE.

Data da Alta: NOVEMBRO/DE 2017

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

LIMITACAO DA AMD OMBRO A ABDUCCAO E A ROTACAO EXTERNA/INTERNA.

- IV. Nexos de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITACAO DA ADM DO OMBRO.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

(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 (Seqüela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Victor Ramires Reynaux Borba
 CPF - 038.972.994-27
CRM/PE - 21266



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0110004212**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2017** às **16:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAIS DE SANTA RITA, 01** - Bairro: **SAO JOSE** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)
REAL SERVICE LTDA (OUTRO)
SANDRO VASCONCELOS PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO

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

TERCEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

SANDRO VASCONCELOS PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZENY TOSCANO DOS SANTOS** Pai: **JOSE MANOEL DE VASCONCELOS PEREIRA** Data de Nascimento: **7/1/1976** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3891289/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **985516571**

Endereço Residencial: **RUA JARDIM QUITANDINHA, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

REAL SERVICE LTDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 20/12/2017

221042-5

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **REAL SERVICE LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRO VASCONCELOS PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

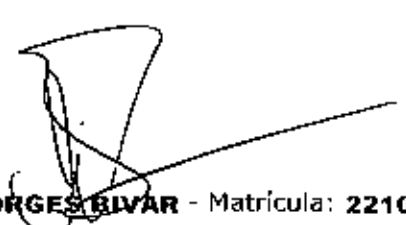
Placa: **PDB1372 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA NO BAIRRO DE SÃO JOSÉ NO CAIS DE SANTA QUANDO UM VEÍCULO VEIO EM SUA DIREÇÃO E PARA NÃO SER ATINGIDO MUDOU DE DIREÇÃO E ACABOU EM CIMA DOS TRILHOS QUE O FEZ PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAISSE AO CHÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO A UPA DA IMBIRIBEIRA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE UMERO ESQUERDO.

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


SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ANTONIO ALBERTO BORGES RIVAR** - Matrícula: **221047-9**

 **Polícia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Labpat 20

12-10-17

221047-9

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

Declaração de Inexistência



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 <u>Sandro Vasconcelos Pereira</u>	CPF da Vítima <u>021.348.564-83</u>	Data do Acidente <u>17/11/2017</u>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>Sandro Vasconcelos Pereira</u>	CPF do Representante legal <u>021.348.564-83</u>
Email <u>mralessora.pereira@outlook.com</u>	Telefone (DDD) <u>(81) 3011-3224</u>

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:

Assinalar 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 Lider 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.

Joazeiras/PE, 15 de Junho de 2018
Local e Data

Sandro V Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovação de ato declara



POR VOCÊ TRABALHANDO SEM PARAR



**SAMU
192**

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 112.11.2017
EM: 27.11.2017

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **SANDRO VASCONCELOS PEREIRA**, portador do Documento de Identidade nº **3891289** SSO/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **021.348.564-83**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-406229**, que no dia 17 de novembro de 2017, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvido em acidente de trânsito com moto, por volta das 14h, na Avenida Sul, imediações ao Shopping Passo Alfândega, São José, Recife/PE e, sendo socorrido para UPA Imbiribeira. Recife, 27 de novembro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



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: 07/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000090970-5

Nr. da Autenticação 7AF9DF7BAF75560A



Terceira Setor de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 20/04/03
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-802
 CNPJ 10.935.932/0001-08 | Vcc: ESI 000943-93 | www.celpe.com.br

Comprovante de residência



EVANILIA MARIA DOS SANTOS

BRUNO APONTO VILHARINHO DOS SANTOS

CPF: 959.890.124-91

SOCORRO JABOATÃO
 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
 54.160-560

B1*RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofase

702388383 12/2017

DATA DE VENCIMENTO	18/12/2017	DATA DE EMISSÃO	08/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	59,15		

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	Preço (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo VERMELHA	72,000000	0,6981727	49,45
Contribuição Iluminação Pública			4,40
ICMS Subvenção CDE-NE 000540978-09/10/17			4,80
			0,48
TOTAL DA FATURA			59,15

Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	Nº DE	Constante	Ajusto	Consumo (kWh)
Medição	Função	Leitura	Leitura	Plano	1,00000		
							72,00

Consumo Ativo (kWh)		Consumo Ativo (kWh)		Consumo Ativo (kWh)		
DEZ 17	72	NOV 17	31	OUT 17	18	
SET 17	34	AGO 17	57	JUL 17	50	
JUN 17	98	MAY 17	75	ABR 17	72	
MAR 17	59	FEB 17	06	JAN 17	124	
DEZ 16	00					

Resumo da fatura: A fatura é emitida em nome do titular da conta, que é o responsável pelo pagamento. O valor da fatura é de R\$ 59,15. O valor do consumo é de 72,00 kWh. O valor da tarifa é de R\$ 0,6981727. O valor da contribuição de iluminação pública é de R\$ 4,40. O valor do ICMS é de R\$ 4,80. O valor do ICMS Subvenção CDE-NE é de R\$ 0,48.

Não é necessário pagar a fatura antes do vencimento. A fatura é emitida em nome do titular da conta, que é o responsável pelo pagamento. O valor da fatura é de R\$ 59,15. O valor do consumo é de 72,00 kWh. O valor da tarifa é de R\$ 0,6981727. O valor da contribuição de iluminação pública é de R\$ 4,40. O valor do ICMS é de R\$ 4,80. O valor do ICMS Subvenção CDE-NE é de R\$ 0,48.

ARUANA SEGUROS
 22 JAN 2018

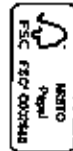


Bradesco

2960 - AG. EMP. RECIFE
AV. ENG. ANTONIO DE GOES, 60
51010-000 RECIFE

PE

0091522



CIC RECIFE PE 42713

RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS
DOIS, 356-4 ETAPA
RIO DOCE
53090-350 OLINDA

PE



72090366391104000009152210280917

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018



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 COAF**².

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 Rafael Roberto Manopleira dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.710.344 / 50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sandro Vasconcelos Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.348.564 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sandro Vasconcelos Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.348.564 / 83, 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 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 <u>Rua Bois</u>		Número <u>356</u>	Complemento <u>4ª etapa</u>
Bairro <u>Rio doce</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>Pe</u>	CEP <u>53.090-350</u>
Email <u>mrcassonouapendencias@outlook.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81)</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9502-4368</u>

Olinda PE 15 de Janeiro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





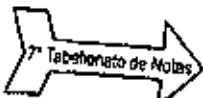
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Real Senaile LTDA - ME,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº 07.237.838/0001-42, comdomicílio na cidade de Recife, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Av. Guararapes, nº 178,complemento Sl. 323 3º andar declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Sandra Vasconcelos Pereira, cujo o condutor eraSandra Vasconcelos Pereira.Veículo: MotoristaModelo: Honda / NXR 160 BROS E500Ano: 2014/2015Placa: PDB-1372/PEChassi: 9C2K00810FR401317Data do Acidente: 17/11/17Local e Data: Recife, PE, 22/12/2017

Assinatura do Declarante

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

7º Tabelionato de Notas

Cartório Fábio Laurence

Rua do Imperador, 402 - Santo Antônio, Recife, PE - CEP 50010-240 - Tel.: (81) 3221.8889 - Fax: (81) 3221.8890 - e-mail: contato@7notas.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de: FERNANDO ANTONIO

FERREIRA CORREIA DE ARAUJO

Recife, 22/12/2017 16:17:54 Op.: 58 JOSÉ MARCOS LIMA SILVA

Enol.: 3,88 FERC: 0,39 TSHR: 0,78 Escrevente autorizado

Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital.

Selo Eletrônico: 0077719.M2K12201701.04793

7º TABELIONATO DE NOTAS DO RECIFE
FERNANDO ANTONIO FERREIRA CORREIA DE ARAUJO
ESCREVENTE AUTORIZADO

ARJANA SEGUROR
22 JAN 2018

Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) SANDRO VASCONCELOS PEREIRA foi atendido(a)
no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000008181 e número de
atendimento 01024482 em 29/11/2017 às 15h apresentando o diagnóstico S422 e necessita de
30 TRINTA dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

OBS: Quase de moto há 12 dias, dentro o
Expediente de Trabalho.

Recife, 29 de Novembro de 2017

Documentação médica - ho:



Dr. Antônio Maurício S. C. Filho
Ortopedia - Traumatologia
Endereço: Rua...
CRM: 9225

Médico: ANTONIO MAURICIO S C FILHO

CRM: 9225

Eu SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
código (CID-10) pelo médico acima assinado.

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 17/11/2017 14:40



Nome Paciente: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
Cód. Paciente: 8181
Data de Nascimento: 07/01/1976
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: A0146
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1020189
SAME:

Período: 17/11/2017 14:50 - 17/11/2017 14:52

TATHYANA DANTAS DA SILVA - COREN: 378936 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Alergia(s):

- NEGA ALERGIAS -

Queixa Principal:

TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, REFERE DOR EM OMBRO ESQ.; NEGA VOMITO OU DESMAIO.

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA ALERGIAS -

*Atestamos a veracidade do conteúdo
nesta cópia do prontuário médico eletrônico.*

Antônio Maurício

Dr. Antônio Maurício
Ortopedia-Traumatologia
Pós-graduação
CRM-SP: 00000

Acolhido(a) por: TATHYANA DANTAS DA SILVA - COREN: 378936 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/11/2017 14:50

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

ANTHONY SEGUIROS
22 JAN 2018
Página 1 de 1

Paciente: 0000008181 SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
Nascimento: 07/01/1976 41 Anos 10 Meses 13 Dias Sexo: M
Atendimento: 01020189 Data Atendimento: 17/11/2017 14:55

Queixa Principal / História

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO ESQ. TRAZIDO PELO SAMU.

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORE: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pelo: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS: IMPOTENCIA FUNCIONAL PRESENTE EM OMBRO ESQ

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O₂

18

Antônio Márcio

Dr. Antônio Márcio
Ortopedia-Traumatologia
Perito Judicial
CRM 101.003

ARUANA SEGURO
22 JAN 2018

Prescrição.: 1404733 Data: 17/11/2017 15:05

Usuário.: JOSESSS

Atendimento: 1020189 Dt Nasc: 07/01/1976 (41a 10m 14d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 8181 - SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 17/11/2017 14:55 0 Dias(s) int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM 8500

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:

Cid.: S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P. / PERFIL / AXIAL ; Exame: 265427	1					
2 RX CLAVICULA ESQUERDA A.P. ; Exame: 265427	1					
3 RX BRAÇO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 265427	1					

Antonio Maurício

Dr. Antonio Maurício
Ortopedia-Traumatologia
Perícia Judicial
CRMSP: 8225

Prescrição.: 1404748 Data: 17/11/2017 15:22

Usuário.: JOSESSS

Atendimento: 1020189 Dt Nasc: 07/01/1976 (41a 10m 14d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 8181 - SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 17/11/2017 14:55 0 Dias(s) int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM 8500

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:

Cid.: S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERU Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALÉRGICAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 C.C. IMOBILIZACAO TIPO JONES	1					
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	3	UN				
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				

Dr. Sergio Santos de Souza

Dr. Sergio Santos de Souza
Ortopedia-Traumatologia
Perícia Judicial
CREMEPE-VRZS

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1020189

Prontuário: 8181

Data do atendimento: 17/11/2017 14:55:00

Paciente: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Idade: 41 anos e 10 meses

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Médico(a) Assistente / CRM: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA / CRM 8500

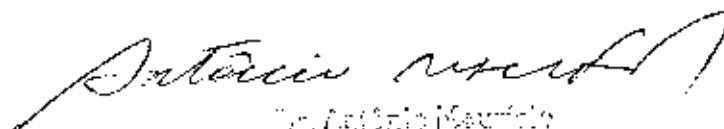
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 17/11/2017

CID PRIMÁRIO: S422 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO

TEMPO DE DOENÇA:

CIDS SECUNDÁRIOS:



Dr. Sérgio Márcio
Ortopedia-Traumatologia
Perícia Judicial
CRM/OP: 9225

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1020189

Prontuário: 8181

Data do atendimento: 17/11/2017 14:55:00

Paciente: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Idade: 41 anos e 10 meses

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Médico(a) Assistente / CRM: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA / CRM 8500

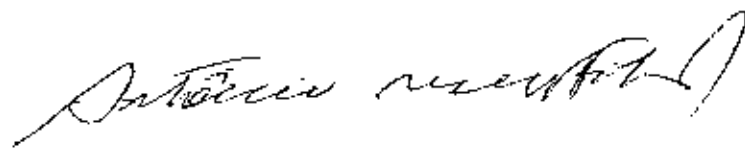
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 17/11/2017

CID PRIMÁRIO: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

TEMPO DE DOENÇA:

CIDS SECUNDÁRIOS:



Dr. Antônio Maurício
Ortopedia - Traumatologia
Perícia Judicial
CRM/SP: 2026

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

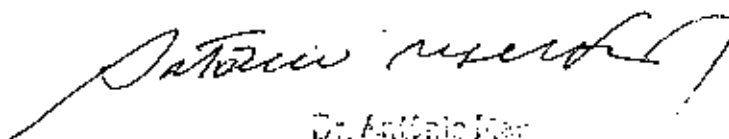
Encaminho o Sr. (a) SANDRO VASCONCELOS PEREIRA, que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000008181 e número de atendimento 01020189 apresentando diagnóstico FRATURA TUB. MAIOR DO UMEROSQ, SEM DESVIO para AMB. DE ORTOPEDIA.

Observação:

CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

Recife, 17 de Novembro de 2017

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE
SOUZA
CRM: 8500



Dr. Antônio Mar
Ortopedia-Traumatologia
Perícia Judicial
CRM/PE: 2226

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 17/11/2017 15:55:38

IDENTIFICAÇÃO

NOME: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

RG: 3891289

PESO:

IDADE: 41 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 07/01/1976

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 17/11/2017 14:55:15

ATENDIMENTO: 1020189

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S422 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERU

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

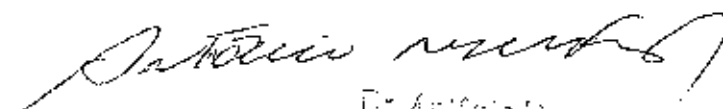
DIAGNÓSTICO INICIAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S422 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERU

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:



Dr. Antonio da Silva
Ortopedia - Traumatologia
Perícia Judicial
CRM/SP: 9226

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) SANDRO VASCONCELOS PEREIRA, que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000008181 e número de atendimento 01020189 apresentando diagnóstico FRATURA TUB. MAIOR DO UMEROSQ, SEM DESVIO para AMB. DE ORTOPEDIA.

Observação:

CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

Recife, 17 de Novembro de 2017
Dr José Sérgio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 / SBOT 10096

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE
SOUZA
CRM: 8500

ARJANA SEGIROS
22 JAN 2018

Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
foi atendido(a)
no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000008181 e número de
atendimento 01020189 em 17/11/2017 às 15:30 apresentando o diagnóstico S422 e necessita de
15 QUINTZE dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Recife, 17 de Novembro de 2017
Dr José Sérgio S Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10096

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500

Eu SANDRO VASCONCELOS PEREIRA
código (CID-10) pelo médico acima assinado,

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

RECEITUÁRIO MÉDICO

1- MIOSAN CAF 5 MG

1 CX

TOMAR 1 COMP DE 12 EM 12 HORAS POR 4 DIAS

2 -ALGINAC RETARD 1000

1 CX

TOMAR 1 COMP AO DIA POR 4 DIAS

Recife, 17 de Novembro de 2017
Dr José Sérgio S Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10096

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

Dr. João Ricardo Pontes Perruci - CRM 7142 - MAT. 245248-0

Graduação - UFPE - 1977/1982

Pós-Graduação - Cirurgia Geral - HGV - INAMPS 1983/1984

Pós-Graduação - Ortopedia e Traumatologia - HC - UFPE 1992/1994

João Ricardo P. Perruci
CRM - 7142
Ortopedia/Traumatologia

Paciente: Leandro Vasconcelos Pereira

Paciente em 17/03/2018 foi vítima de acidente de moto no qual sofreu Fratura de Ulna Proximal E, por subseqüente a tentativa conservadora de estabilizar não foi feita: por apresentar lesão fechada: por apresentar lesão Alta Definitiva. Apresenta dor + Inestabilidade funcional + instabilidade no antebraço com perda de tempo excedente de 1 hora e 45 min. Existe fratura definitiva com Defect funcional $\pm$ 60% do membro superior. Exame do.

Intervenção em 08/03/18.

João Ricardo P. Perruci
CRM - 7142
Ortopedia/Traumatologia



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1020189

Prontuário: 8181

Data do atendimento: 17/11/2017 14:55:00

Paciente: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Idade: 41 anos e 10 meses

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Médico(a) Assistente / CRM: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA / CRM 8500

Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 17/11/2017

CID PRIMÁRIO: S422 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO

TEMPO DE DOENÇA:

CIDS SECUNDÁRIOS:

Arwana Segura

Arwana Segura
Ortopedista-Traumatologista
Perícia Judicial
CRM/MTPE: 9325

ARUANA SEGURA
16 MAR 2018

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1482978568	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 8658040 SSP PE
	CPF 046.710.344-50
	DATA NASCIMENTO 27/12/1981
	FILIAÇÃO CLAUDIO ROBERTO DOS SA NTOS TANIA LUCIA MANGABEIRA
PERMISSÃO AD	
REGISTRO 01792924280	
VALIDADE 03/08/2022	
RENOVAÇÃO 17/05/2001	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO TITULAR LOCAL CARUARU, PE	
DATA EMISSÃO 04/08/2017	
CHIEF: Anderson Sousa Ribeiro Deputado Presidente ASSINATURA DO EMISSOR 81463640811 PE077513304	
PERNAMBUCO	

ARUANA SEGUROS

22 JAN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013128465214

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM BANC. EXERCÍCIO
1 1039747750 2017

REAL SERVICE LTDA ME
RECIFE-PE

07/237.838/0001-42 PLACA PDB1372

PLACA ANT/UP CHASSI
*****/PE 902KDD0810FR401317

PAS /MOTOR/VEICULO COMBUSTÍVEL
ALCOOL/GASOL

HONDA/HRX160 BROB 850D 2014 2015

28/162CL CAP/POT/CL CATEGORIA
PARTIC

IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA
1 *****

TAB. ALIQUA PARCELAMENTO/COTAS
1 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
1 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
4 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
5 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
6 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
7 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
8 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
9 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO VENC. COTA ÚNICA
10 *****

CONTRAN

CONTRAN

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

DUT



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

PE Nº 013128465214 BILHETE DE SEGURO DPVAT

REAL SERVICE LTDA/MS 50010-000

SALA 323 RECIFE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 11/02/17

VA 1 07.237.838/0001-42 PLACA PDB1372

RENAVAM HONDA/HRX160 BROB 850D

1039747750

ANO FAB 2014

CALIN 09

PRÊMIO TARIFÁRIO

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

Contribuinte,



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 07.237.838/0001-42 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	
NOME EMPRESARIAL REAL SERVICE LTDA - ME		DATA DE ABERTURA 22/02/2005	
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) REAL TURISMO			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 77.12-0-00 - Locação de automóveis sem condutor			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 49.23-0-02 - Serviço de transporte de passageiros - locação de automóveis com motorista 49.29-9-01 - Transporte rodoviário coletivo de passageiros, sob regime de fretamento, municipal			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R DR TAVARES CORREIA		NÚMERO 77	COMPLEMENTO SALA 02
CEP 51.200-130	BAIRRO/DISTRITO IMBIRIBEIRA	MUNICÍPIO RECIFE	UF PE
ENDEREÇO ELETRÔNICO realservice@ig.com.br		TELEFONE (81) 3422-3440	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) Empresário			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 22/02/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL Estabelecimento		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL ****/****/****	

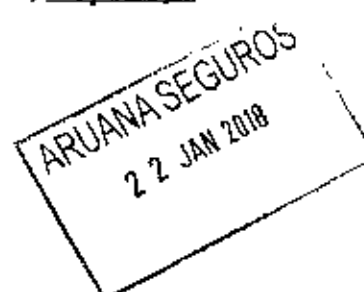
Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 07/11/2017 às 14:03:21 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)Preparar Página
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
Atualize sua página



INSTRUMENTO PARTICULAR DE QUARTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA: REAL SERVICE LTDA-ME

7º Tabelionato de Notas

Cartório Fábio Lourenço

Rua do Imperador, 102 - Santo Antônio, Recife, PE - CEP: 53042-20 - Fone: (081) 3221-5500 - Fax: (081) 3221-5520 - e-mail: cartorio@fabiolo.com.br

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do Original que me foi exibido, dou fé. Recife, 01/12/2011 10:30:57
Op.: 11 VIVIANE RIBEIRO DOS SANTOS
Emot.: 3,32 FERC: 0,33 TSNR: 0,66 Escrevente autorizado
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital
Selo Eletrônico: 0077719.FQM11201701.03357

BRUNA FIGUEIROA CORREIA DE ARAÚJO, brasileira, solteira, nascida em 08/04/1985, empresária, residente e domiciliada à Rua Samuel de Farias nº 122, apt. 203 - bairro de Casa Forte, CEP: 52.060-430 - Recife/PE, portadora do RG nº 6.866.521 SDS/PE, inscrito no C.P.F./MF sob nº 054.659.554-57 e

FERNANDO ANTONIO FERREIRA CORREIA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, nascido em 31/05/1991, empresário, residente e domiciliado à Rua Carlos Pereira Falcão nº 77, apt. 201 - bairro de Boa Viagem, CEP: 51.021-350 - Recife/PE, portador da Carteira Nacional de Habilitação - DETRAN/PE nº 04775443830, inscrito no C.P.F./MF sob nº 095.089.134-79.

sócios da sociedade limitada de nome empresarial "**REAL SERVICE LTDA-ME**", constituída legalmente por contrato social devidamente arquivado na Junta Comercial do Estado de Pernambuco, sob NIRE 2620.149.653-6, em 22/02/2005, com sede e domicílio na Av. Guararapes nº 178, sala 323- 3º andar do Ed. Almare - Santo Antônio - Recife - PE, CEP: 50.010-000, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/MF sob nº 07.237.838/0001-42, deliberam de pleno e comum acordo ajustarem a presente alteração contratual, nos termos da Lei nº 10.406/2002, mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

PRIMEIRA

DA ALTERAÇÃO DO OBJETO SOCIAL

os sócios resolvem alterar o objeto social para: **LOCAÇÃO DE VEÍCULOS COM MOTORISTA E SEM MOTORISTA.**

SEGUNDA

DA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA SEDE

A sociedade que vinha exercendo as suas atividades no endereço sito à Av. Guararapes nº 178, sala 323- 3º andar do Ed. Almare - Santo Antônio - Recife - PE, CEP: 50.010-000 passa a fazê-lo no novo endereço sito à Rua Dr. Tavares Correia nº 77- Sala 02- Imbiribeira - Recife - PE, CEP: 51.200-130.



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CERTIFICO O REGISTRO EM: 06/08/2012
SOB Nº: 20127729682
Protocolo: 12/772968-2

Empresa: 26 2 0149653 6
REAL SERVICE LTDA ME

ROLDÃO ALVES PAES BARRETO
SECRETARIO-GERAL

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

DÉCIMA-QUINTA

DO FORO JURÍDICO

Fica eleito o foro do Recife/PE para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por assim estarem justos e contratados, assinam este instrumento em 03 (três) vias de igual teor.

Recife, 13 de julho de 2012.

Bruna Figueiroa C. de Araújo
BRUNA FIGUEIROA CORREIA DE ARAÚJO

Fernando Antonio Ferreira Correia de Araújo
FERNANDO ANTONIO FERREIRA CORREIA DE ARAÚJO

Armindo Correia de Araújo
ARMINDO CORREIA DE ARAÚJO
Administrador ~~não sócio~~

 JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CERTIFICO O REGISTRO EM: 06/08/2012
SOS Nº: 20127729682
Protocolo: 12/772968-2
Empresa: 26 2 0149653 6
REAL SERVICE LTDA ME

Roldão Alves Paes Barreto
ROLDÃO ALVES PAES BARRETO
SECRETARIO-GERAL

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018
Ana Maria Gomes de Amorim
Analista de Processos
Unidade de Análise de Processos
Mat. 109218

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do Original que me foi exibido, dou fé. Recife, 01/12/2017 11:30:47
Op.: 11
Encl.: 3,32 FERRC: 0,33 TSNR: 0,66 Escritante autorizado
Consulte autenticidade em: www.tipe-jus.br/seledigital.
Selo Eletrônico: 6027219, 1XEL1201201, 01361

70 Tabelionato de Notas
Cartório Público Lourenço
Recife, Pernambuco, Brasil, PE, CEP: 50020-000, Fone: (51) 3242-1111, Fax: (51) 3242-1111, e-mail: cartorio@tbln.com.br

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **Sandro Vasconcelos Pereira**
 DATA DO ACIDENTE **14/11/2017** CPF DA VÍTIMA **021.348.564-83**
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **Rafael Roberto Jancapereira dos Santos**
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PRANTESCO COM A VÍTIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR **Rua Dois** BAIRRO **Rio Doce**
 Nº **356** COMPLEMENTO **49, Jota Per** CEP **53.090-350**
 CIDADE **Olinda** UF **PE**
 E-MAIL **rafaelvasconcelos@outlook.com** TEL FONE **81 3011-3224**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA ASSINADA E INFORMANDO AS LESÕES SOB RIGOR EM DI CONFERÊNCIA DO ALPHAMITTO TRIANGULO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTES JURISDICAIS E LEGAIS DOS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUE TIVAM
 (X) NOTAS FISCAS (RECEITAS E RECEITAS) DE FARMÁCIAS AUTORIZADAS DO RESPECTIVO RECIPIENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 * MORTE = R\$ 11.500,00
 * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/73.
 * 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, ACESSSE WWW.OPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC OPVAT 0800 022 1104

LOCALIZADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

IDENTIFICAÇÃO **6.656.040.558/PE**

22 JAN 2018

Sosteni Cabral

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180123487

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA

Data do acidente: 17/11/2017

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FX DE UMEROS ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA ADM OMBRO A ABDUÇÃO E A ROTACAO EXTERNA/INTERNA.

Resultados terapêuticos: APOS TRATAMENTO CONSERVADOR EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA ADM DO OMBRO.

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba



PROCURAÇÃO PARTICULAR

...

Outorgante: Sandro Vasconcelos Pereira

Id: 3.891.286

CPF: 021.348.564-83

End: Rua Jardim Quintandinha, n: 60, Socorro,
Jaboatão PE

Outorgado: Rapael Roberto Mangabeira dos Santos

Id: 6.656.040 SSP/PE

CPF: _____

End: Rua Dois, n: 356, 4ª etapa, Rio Doce, Olinda PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima Sandro Vasconcelos Pereira

Identidade: 3.891.286

CPF: 021.348.564-83

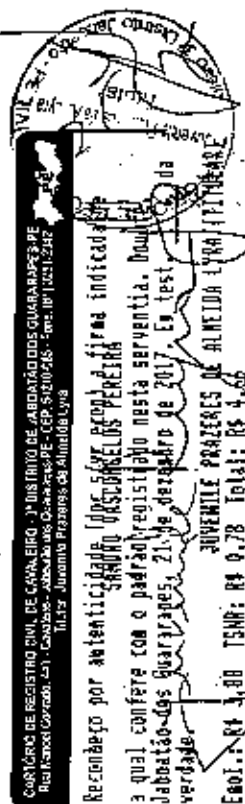
Jaboatão PE, 21 de Dezembro de 2017.

CARTÓRIO
JUVENILE LYRA



Sandro Vasconcelos Pereira

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018



Recibo por autenticação (por favor preencher a firma indicada)
a qual confere com o padrão registrado nesta serventia. Duvidas
Jaboatão das Guararapes, 21 de dezembro de 2017. Em test
verdade
JUVENILE PROZESSES DE ALMEIDA LYRA (PILITUBARE)
EML: R\$ 3,00 TSMR: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,66
Seio: 0074435, NUN10201702, 02690
Consulte autenticidade em: www.juara.br/verifica/



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Sandro Vasconcelos PereiraId: 3.891.286CPF: 021.348.564-83End: Rua Jardim Quintandinha, n: 60, Socorro,
Jaboatão IPEOutorgado: Rafael Roberto Mangalveira dos SantosId: 6.656.040 SSP/PE

CPF: _____

End: Rua Dois, n: 356, 4ª etapa, Rio Doce, Olinda IPE

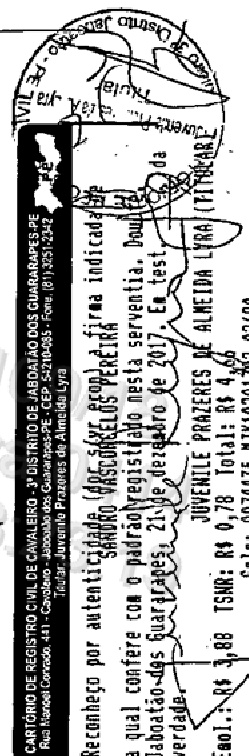
Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima** Sandro Vasconcelos Pereira

Identidade: 3.891.286CPF: 021.348.564-83

Jaboatão IPE, 21 de Dezembro de 2017

CARTÓRIO
JUVENILE LYRA

Sandro Vasconcelos Pereira

ARUANA SEGUROS
22 JAN 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047676 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO VASCONCELOS PEREIRA **Data do acidente:** 17/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO + FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM do médico: 52423552

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: