

37104
536044
0216158110



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0304000927

536051 2am
3190138528
02467119

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2019 às 12:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 9/2/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, FATO OCORRIDO NA BR-428 (PRÓXIMO A SERRA DA SANTA) - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
RONIVAN DE SOUZA SANTOS (OUTRO)
LUCIANO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ANDREZA DA SILVA RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RONIVAN DE SOUZA SANTOS



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

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**
Pai: **SERGIO DE ARAUJO RODRIGUES** Data de Nascimento: **13/6/1995** Naturalidade: **SANTA MARIA DA BOA VISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9088084/SDS/PE (RG), 119.291.724-35 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 87996383180

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA TRES MARIAS, 164 - CEP: 55000-000 - Bairro: JOSE E MARIA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RONIVAN DE SOUZA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDECI CARVALHO DE SOUZA SANTOS** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- 87988613685

Endereço Residencial: **RUA TRES MARIAS, 164 - CEP: 55000-000 - Bairro: JOSE E MARIA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

LUCIANO FERREIRA DA SILVA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Digitalizada com CamScanner



art.: INFOPOL

contato no estabelecimento comercial: - Telefone de

servido(s)

(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a)
RONIVAN DE SOUZA SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **KHR7818** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2MD34002R017650**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002** Combustível: **GASOL/GNV**
Descrição: **HONDA/XR 250 TORNADO.**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A SRA. ANDREZA DA SILVA RODRIGUES, QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS SOFREU UM ACIDENTE MOTOCICLISTICO QUANDO TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO ACIMA CITADA, QUE ERA GUIADA PELO SEU ESPOSO RONIVAN DE SOUZA SANTOS, FATO OCORRIDO NA BR-428 NAS PROXIMIDADES DA SERRA DA SANTA, CONFORME CERTIDÃO Nº 037/2019 EXPEDIDA PELO SAMU, DATADA DE 22 DE FEVEREIRO DE 2019, TENDO SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 51415255, ASSINADO POR MICHELLA MENDES PEREIRA. NADA MAIS RELATOU.

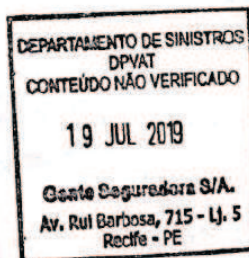
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES
(VITIMA)

Andreza da Silva



B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667** Delegacia da Polícia de Petrolina
2ª Circunscrição



Digitalizada com CamScanner





PETROLINA



192

LAÍS CABRAL

Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº 037/2019

Certificamos para os devidos fins que no dia 09 de Fevereiro de 2019 às 15:h:28 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a ANDREZA DA SILVA RODRIGUES Vítima de acidente Moto Ciclístico (Queda) na BR. 428, Próximo a Serra da Santa em Petrolina PE. Conforme ocorrência de Nº 1.282/2019. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ficando aos cuidados da Enf. NAIARA.

Petrolina-PE, 22 de Fevereiro de 2019



Debora Veloso
Assist. Administrativo
Samu Petrolina-PE

Debora Raquel Veloso



Resp. Estatística - SAMU

Digitalizada com CamScanner



Declaração do Proprietário do Veículo

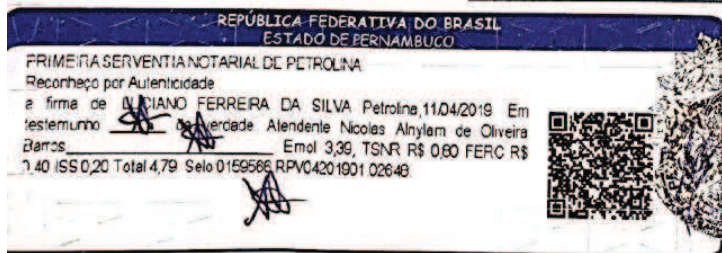
Eu, LUCIANO FERREIRA DA SILVA,
RG nº 48355264, data de expedição 19/08/1998
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 024.414.584-93, com
domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA 2 - VILA MARCELA, nº 52,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANDREZA DA SILVA RODRIGUES, cujo o condutor era
RONIVAN DE SOUZA SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XR 250/TORNADO
Ano: 2002
Placa: KHR7818/BA
Chassi: 9C2MD34002R017650
Data do Acidente: 09/02/2019
Local e Data: PETROLINA/PE - 11/04/2019

Luciano Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

Ronivan de Souza Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Digitalizada com CamScanner

Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N
Cidade: Petrolina

CNPJ: 05.440.725/0002-03
Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência

Not. RLL

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 51415255
Paciente: ANDREZA DE SOUZA RODRIGUES
Mãe: MARIA DAS GRÇAS DA SILVA
Endereço: TRÊS MARIAS, nº 164 - JOSÉ E MARIA / PETROLINA (PE)
CNS: Doc. Identificação:
Telefone: (87) 988236263

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Ass. T. C. C. 2/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Michelly Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / UNASERH
E-MAIL: 219.2982

ANAMNESE DO MÉDICO

09/02/19, 17:49. *X C-6m*

Acidente de moto

*veja vomita logo de início de ferir
na perna D, mão D, 5k / outros
membros*

*Ac. ex. e: ECG com arritmia, sup,
brônquos, febre*

ACV. RER 2 TC / BNF 5/5. FC = 98

SR: MV+ e AMT P/R. A. FR = 16

ABD: plano, depress, nódulos. DBC

Odont: Fratura mão D. e pé D.?

SNC: ECG = 15, pupilas in-feriores

HP: (1) Politrauma

(2) Trauma de pé e mão D

CO: (1) Rx Cervical AP/P, Rx Mão D AP/P

Rx pé D AP / per / R. x per

Rx tórax AP

Rx Cervical AP / per / R

(2) Radiol OIFA + AD IV -> R

(3) Aos cirurgiões de ortopedia

(4) Alta da cirurgia Geral

Dr. Gustavo Charamba
Cirurgia Geral
CRM PE: 21271

Ass. Paciente:

Saída: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___

Data de Impressão: 09/02/2019

Hora: 17:10

HU, preserve-o, ele também é seu.

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULA TAYANNI NOGUEIRA SILVA - 10/08/2020 16:04:32

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081016043253000000064834996

Número do documento: 20081016043253000000064834996

Num. 66081899 - Pág. 5

Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

ANDRESSA DE SOUZA RODRIGUES Chegada: 09/02/2019 17.56.11
FEMININO Idade: 22
Transporte: SAMU Data de Nascimento: 06/06/1996

Classificação de Risco

Queixa Principal:	QUEDA DE MOTO, ESCORIAÇÕES REGIÃO TORACO-ABDOMINAL+DOR REGIÃO DE QUADRIL DIR+ FERIMENTO CORTO-CONTUSO+DEFORMIDADE ANTBRACO DIR+ ferimento tornozelo						
Fluxograma:	TRAUMA MAIOR			Discriminador: DOR MODERADA			
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		15
	Pulso	85	Ritmo:				Sat O2 (%): 96
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:	6	PA 100X60
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	☒	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
F. Interno:	CIRURGIÃO						
Classificador:	NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA		COREN / CRM:		247087 PE		Hora de Início CR: 09/02/2019 17.59.33 Hora de Fim CR: 09/02/2019 17.02.28

Reclassificação

Queixa Principal:							
Fluxograma:				Discriminado			
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso		Ritmo:				Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:		PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	☐	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Interno:							
Classificador:			COREN / CRM:				Hora de Início CR: : : Hora de Fim CR: : :

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Ozania de Aguiar S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5
Recife - PE

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF/EBSERH
SIAPE: 243.2962

HU - UNIVASF
CONFERIR COM ORIGINAL
Data: 12/1/2020



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ministério da Saúde		Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		6042414	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		4 - CNES	
				6042414	
Identificação do Paciente			6 - ACOMPANHANTE		
8 - NOME DO PACIENTE			7 - PRONTUÁRIO		
ANDREZA DE SOUZA RODRIGUES			X 51415255		
8 - CNS	9 - RG	10 - CPF	11 - NASCIMENTO	12 - SEXO	13 - RAÇA/COR
			06/06/1996	F	PARDA
15 - NOME DA MÃE			14 - REGULÁVEL		
MARIA DAS GRACAS DA SILVA			NAO		
17 - NOME DO RESPONSÁVEL			16 - TELEFONE DE CONTATO		
			(67) 988236263		
			18 - ETNIA		
			19 - TELEFONE DE CONTATO		
20 - ENDEREÇO			23 - UF		
TRÊS MÁRIAS, nº 164 - JOSÉ E MARIA			PE		
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			24 - CEP		
PETROLINA			56320540		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com trauma em mão direita. Ao exame.: FCC em região dorsal da mão direita, com limitação da mobilidade articular, sm déficit neurológico e boa perfusão distal. ao rx fratura de base de 2 metacarpo direito. HD lesão do aparelho extensor do polegar, associada a fratura de base do 2 metacarpo.

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As mesmas relatadas

27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

rx, anamnese e exame físico

HU - UNIVASF
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 19/02/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Gente Capadora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF IEBSEH
FONE: 418.6482

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL

1 - RAUMATISMO DO MÚSCULO EXTENSOR E TENDÃO DO POLEGAR AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

29 - CID 10 PRINCIPAL S66.2 30 - CID 10 31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TENOMIORRAFIA

34 - CLÍNICA 35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 36 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) 3179213477 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 09/02/2019 40 - ASS. N.º 1550 C.F. 1553 CONSELHO 142732/CREMEPE 13277

33 - CÓD. PROCEDIMENTO 408060472
Dr. João Carneiro C. Neto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CREMEPE 23145

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	44 - CNPJ DA SEGURADORA	45 - N. BILHETE	46 - SÉRIE
42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	47 - CNPJ EMPRESA	48 - CNAE EMPRESA	49 - CBOR
43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

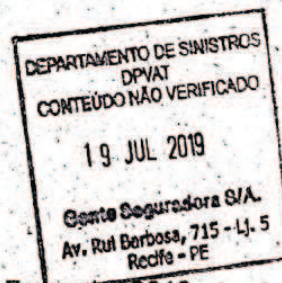
51 - NOME PROF. AUTORIZADOR	52 - CÓD. ORGÃO	57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
53 - DOCUMENTO () CNS () CPF	54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF AUTORIZADOR	
55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	56 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)	



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente **ANDREZA DA SILVA RODRIGUES** portador da Cédula de Identidade sob nº **9.088.084 SDS-PE** e, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº **119.291.724-35** Data de nascimento **113/06/1995** cujo nome da mãe é: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**, residente e domiciliado no **RUA TREIS MARIA, Nº 164 BAIRRO JOSÉ E MARIA PETROLINA - PE** que o documento Ficha de Atendimento do Hospital Universitário, em Petrolina com prontuário Nº **51415255**, onde está preenchido erroneamente, sendo que o correto, é como o descrito acima.

Por ser expressão fiel da verdade, firmo a presente declaração.



Petrolina, 26 de Fevereiro 2019.

Michele Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
BIAPE: 219.2982

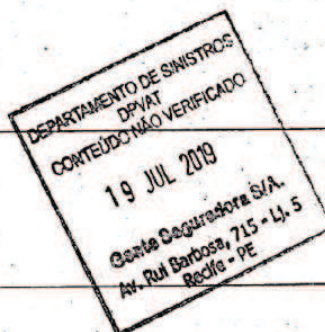


HU – UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
TRAUMATOLOGIA



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO		DATA CIRURGIA: 18/02/19
PROCEDIMENTO: FIXAÇÃO DO 2º METACARPO		INÍCIO:
		TÉRMINO:
Cirurgião: DRA INDIRA TONSHO	Anestesista: DR ALBERTO	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL		
1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia; 2. Assepsia, antisepsia e Aposição de campos estéreis; 3. Abertura de FCC dorsal ao nível do 2º mtc; dissecação e hemostasia 4. Visualizado fratura na base do 2º MTC e tendões extensores integros 5. Fixação da fratura do 2º MTC com fio K 1,5mm 6. Sutura + Curativo estéril 7. IMOBILIZAÇÃO GESSADA + tipóia 8. RPA		
01 fio k 1,5mm		



Dra. Indira Kinuya A. Toncho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-BA 22.600 CBO-PE24.017

Assinatura e carimbo do médico

Digitalizada com CamScanner



HOSPITAL DE ENSINO
Dr. Washington Antônio de Barros
Av. José de Sá Maniçoba s/n Campus - Centro - Petrolina - PE

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

DATA DA ADMISSÃO: 09 / 02 / 2019

DATA DA ALTA: 19 / 02 / 2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: (CID -10: S62)

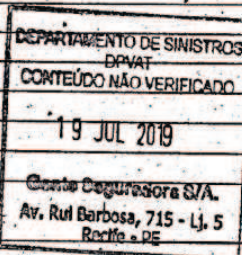
Fratura do 2º metacarpo direito

TRATAMENTO / EVOLUÇÃO:

Tratamento cirúrgico de fratura do 2º MTC (redução + fixação com fio K) no dia 18/02/19

ORIENTAÇÕES: (PONTOS, CURATIVOS E RESTRIÇÕES)

Não mexer na tala e nem no curativo.



ENCAMINHAMENTO: (DOMICÍLIO, AMBULATÓRIO, POLICLÍNICA, PSF)

Retorno ambulatorial dia 07/03/19 às 07:00

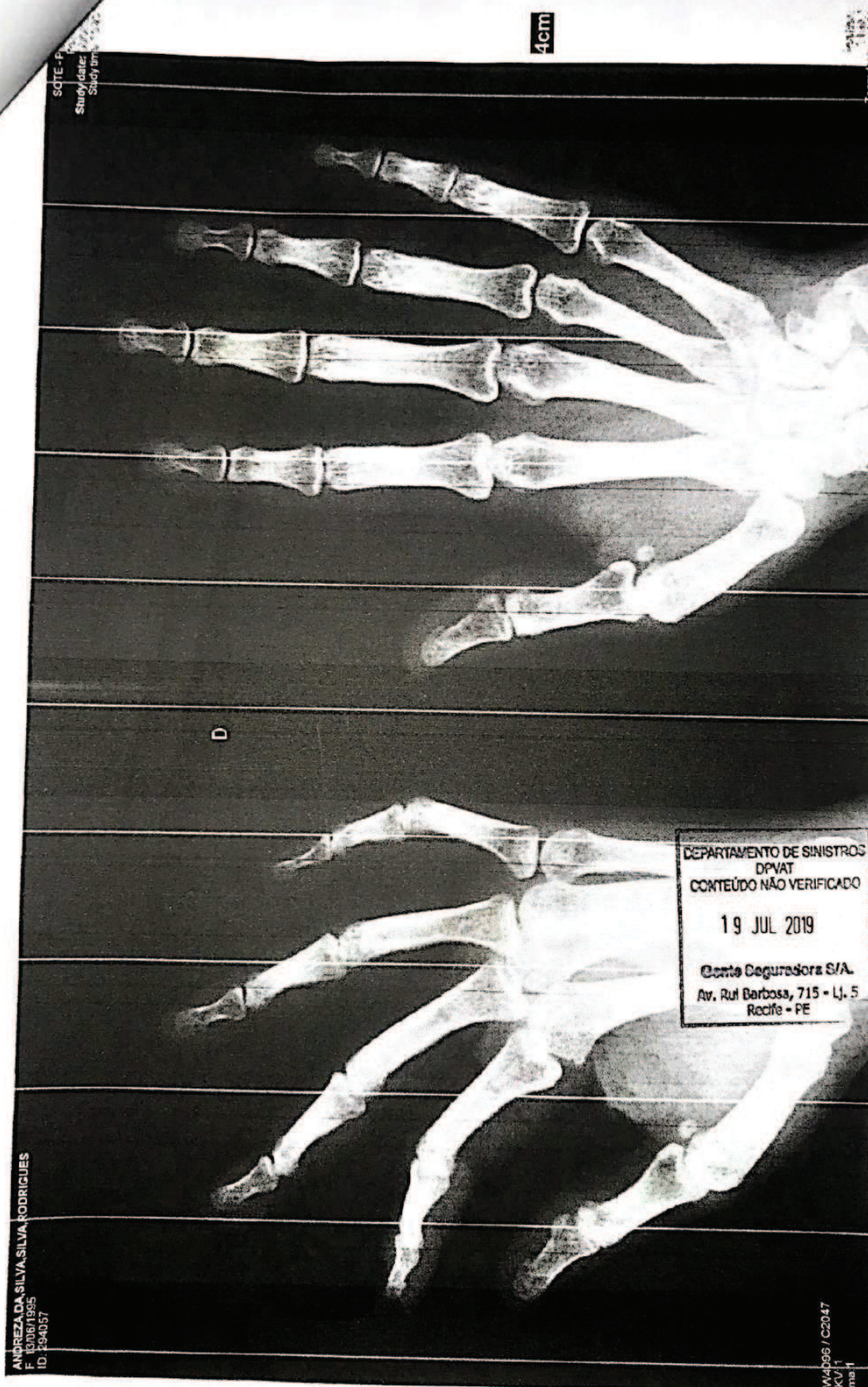
PETROLINA, 19.02.2019

Dra. Indira Kinuyo A. Tonsho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-BA 29.600 / CRM-PE 24.817



ANDREZA, DA, SILVA, SILVA, RODRIGUES, 13/06/1995: CR from 03/07/2019

ANDREZA DA SILVA SILVA RODRIGUES
F. 13/06/1995
ID. 294037



Digitalizada com CamScanner



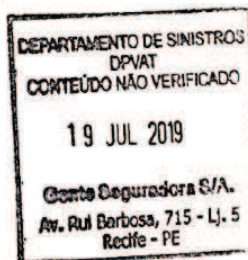
Assinado eletronicamente por: PAULA TAYANNI NOGUEIRA SILVA - 10/08/2020 16:04:32
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081016043253000000064834996>
Número do documento: 20081016043253000000064834996

SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613 - 8889/ 3613 - 8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971.890/0001-20

RELATÓRIO MÉDICO

A Sr(a) **ANDREZA DA SILVA SILVA RODRIGUES** teve trauma em mão direita com fratura no dia 09/2/2019 onde apresentou fratura do 2º Metacarpo e lesão de partes moles. Submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese e fixação com fio de k atualmente apresenta consolidação da fratura e cicatrização de partes moles, porém paciente tem seqüela de déficit na flexão metacarpo falangeana em torno de 30% e dum déficit de força de preensão em torno de 50%.

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
CRM - CRM 14.424-BA
03/07/2019



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.088.084 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2010

<< ANDREZA DA SILVA RODRIGUES >>

FILIAÇÃO << SERGIO DE ARAUJO RODRIGUES >>
<< MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA >>

NATURALIDADE SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/06/1995

DOC ORIGIN << CN.16511 L.15A F.92V SANTA MARIA DA BOA VISTA-PE 26.06.1995 >>

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]* LEI N° 7.460 DE 29/06/03

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 05H-17

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURL

Polícia Federal

Andrezza da Silva Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

41 85512 - 12

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
557A.03A2.6118.813B

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:21:17 do dia 10/03/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento 13/06/1995

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Nome

119.291.724-35

Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Recadastramento de Pessoas Físicas

Recita Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022 - Acesso do Exterior +55 (11) 4002-0022

Assinatura Autorizada

Dia & Noite

Brasão 24 Horas

PLUS

VISA

Electron

Prezado(a) Cliente:

- Não empreste o seu cartão, sua senha é de uso pessoal e intransferível.
- Aceite somente orientações de funcionários da Agência.
- Esse cartão é emitido pelo Banco Bradesco S.A., que poderá cancelá-lo a qualquer momento.
- Para a função seguro no Exterior, consulte sua Agência ou Fone Fácil Bradesco.

bradesco.com.br

SAC: 0800 704-8281 - Deficiência Auditiva ou de Visão: 0800 723-0099 - Ouvidoria: 0800 727-9933

Bradesco

PoupCard

4380 2296 1000 1460

4380

09/20 2296 9 1000146 3 01 00

VALIDO ATÉ AGÊNCIA DO CARTÃO DE VIA TIPO

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

VISA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.291.724-35 4 - Nome completo da vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES 6 - CPF: 119.291.724-35
7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA TIMBAUBA 9 - Número: 130 10 - Complemento:
11 - Bairro: JOSÉ G. MARIA 12 - Cidade: PETROLINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56300-000
15 - E-mail: robertosmoarim-petrolina@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 98844-2539

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2296 9 CONTA: 1000146 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Seguradora S/A
Av. ... 15 - Lj. 5

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Petrolina 15/07/2018

Andrezza da Silva Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roberto Soares de Amorim

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
 ATENDIMENTO: RUA SIBPATIA - MUH. - 00070 - CENTRO PETROLINA
 PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE
 ROSIVALDO DE SOUZA SANTOS
 R. TIRDAUBA, N. 00130 - JOSE E MARIA PETROLINA PE 56300-000
 INSCRIÇÃO: 111.340.342.0000.370 GRUPO: 11 D.B. AUTOMÁTICO: 018751615

MATRICULA: 18751615 Abr/2019

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES	PÚBLICA
Y17T092244	04/04/2019	1	06/05/2019	

DATA LEIT. ANTERIOR: 04/04/2019 DATA LEIT. ATUAL: 06/05/2019 TIPO DE CONSUMO (VE): REAL / N MEDIDO

ÁGUA:
 LEIT ANT.: 184
 LEIT ATU.: 197
 LEIT FAT.: 197

CONSUMO: 13

ESGOTO:
 LEIT ANT.:
 LEIT ATU.:
 LEIT FAT.:
 VOLUME: 13

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERÊNCIA CONSUMO

03/2019	15	/15
02/2019	18	/18
01/2019	16	/16
12/2018	15	/15
11/2018	18	/18
10/2018	14	/14
MEDIA:	16	/16

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT.	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS
TURBIDEZ	130	130	129
COR APARENTE	130	130	127
COLOR. RESIDUAL	130	130	130
COLIF. TOTAIS	130	130	127
E. COLI	130	130	130

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)
 ATÉ 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE
 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

CONSUMO TOTAL (R\$)

10 M3 41,30
 3 M3 14,22

ESGOTO 50,00% DO VALOR DE ÁGUA
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
 ATÉ 10 M3 - 20,65 POR UNIDADE
 11 M3 A 20 M3 - R\$ 2,37 POR M3
 MULTA P/IMPUNTUALIDADE 03/2019

10 M3 20,65
 3 M3 7,11
 1,95

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PORCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	83,28	1,65	1,37
COPINS	83,28	7,60	6,33

VENCIMENTO: 20/05/2019

TOTAL A PAGAR: 85,23

MENSAGEM:

IDENTIFIQUE OS 4 EXISTÊNCIA DE 4 FATURA(S) PENDENTES, NO
 TOTAL DE R\$ 451,01. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
 TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Osate Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
 Recife - PE

8230000000-1 85230038111-0 01875161501-6

VENCIMENTO: 20/05/2019

TOTAL A PAGAR

MATRICULA: 18751615

compeSA

ATENDIMENTO: 0800-0810195
 VOUCHER: 0800-0810185

OUVI
 SERVIÇOS

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
(ativo 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/BIBLIOTECASWEB/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 ROBERTO SOARES DE AMORIM inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.155.164 / 95 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANDREZA DA SILVA RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119291724 / 35 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANDREZA DA SILVA RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119291724 / 35 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 informado, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Endereço: S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Endereço <u>AVENIDA DA INTEGRACAO</u>		Número <u>803</u>	Complemento
Bairro <u>MARIA AUXILIADORA</u>	Cidade <u>PETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56300-000</u>
Email <u>robertosouares@petrolina.net.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(87)98844-2539</u>

PETROLINA de 09 de JULHO de 2019
Local e Data

Roberto Soares de Amorim
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

536 051

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

Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.291.724-35 4 - Nome completo da vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES 6 - CPF: 119.291.724-35

7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA TIMBAÚBA 9 - Número: 130 10 - Complemento:

11 - Bairro: JOSE e MARIA 12 - Cidade: PETROLINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.300-000

15 - E-mail: robertosamoraes-petrolina@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 98344-2531

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: 2296 9 CONTA: 10001416 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Petrolina 15/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Andreza da Silva Rodrigues

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Roberto Soares de Amorim

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES
RG/CNH/CTPS: 9.088.084-558/3A CPF: 119.291.724-35
End: Rua TIMBAÚBA - Nº 130 - JOSÉ E MARIA
PETROLINA / PE

Outorgado: ROBERTO SOARES DE AMORIM
RG/CNH/CTPS: 572100710 CPF: 008.155.164-95
End: AVENIDA DA INTEGRAÇÃO - Nº 808
MARIA AUXILIADORA - PETROLINA / PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima:

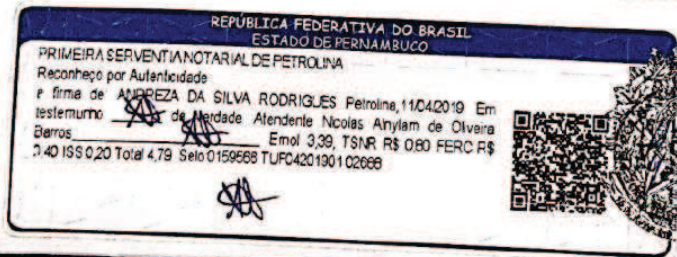
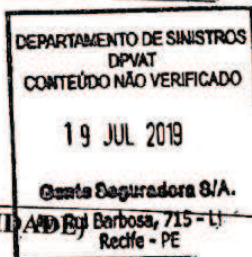
ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

PETROLINA / PE, 11 de ABRIL de 2019



Andrezza da Silva Rodrigues

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTO SOARES DE AMORIM inscrito (a) no CPF/CNPJ 008155164 / 95 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANDREZA DA SILVA RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119291724 / 35 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima ANDREZA DA SILVA RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119291724 / 35 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. 200 do Código Penal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Endereço		Número	Complemento
AVENIDA DA INTEGRAÇÃO		803	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MARIA AUXILIADORA	PETROLINA	PE	
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
robertosouaresdeamorim@petrolina.net.br		(91) 98844-2539	

PETROLINA/PE 09 de JUNHO de 2019
Local e Data

Roberto Soares de Amorim
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Gratuito

RECIBO

RECEBI DE ANDREZA DA SILVA RODRIGUES PORTADORA
DO CPF: 119.291.724-35 REFERENTE A CONSULTA (COM
ORTOPEDISTA) A IMPORTÂNCIA DE: R\$ 100,00 (CEM REAIS)

PETROLINA - PE
03 de JULHO de 2019

Recebido em Petrolina
CRM: 14.424-BA
CPF: 864.737.195-04

ROBERTO BASTOS ALENCAR FILHO

CRM: 14.424-BA
CPF: 864.737.195-04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Caixa Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE





ESTADO DO PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL PETROLINA
SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL

Nota Nº
0000005771

SÉRIE

ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	03/07/2019	Competência	JUL/2019	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	PETROLINA-PE	Optante do Simples	NÃO

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social SOTE SERV.DE ORTOP.TRAUM.ESPECIALIZ.LTDA
Nome Fantasia SOTE
Endereço PACIFICO DA LUZ, 900 - CENTRO
CPF/CNPJ 13.971.890/0002-01 Insc. Municipal 15274 UF PE Insc. Estadual 0
Cidade PETROLINA C.E.P. Comp. Telefone 3861-3933



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social ANDREZA DA SILVA RODRIGUES E-mail
Endereço RUA 3 MARIAS, 164 JOSE E MARIA 56.300-000 PETROLINA-PE
CPF/CNPJ 119.291.724-35 Insc. Municipal 0 Insc. Estadual Telefone 87 99638-3181

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

RAIO X
PAGAMENTO EM DINHEIRO.

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 / 869099902 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS 0,00 COFINS 0,00 INSS 0,00 CSLL 0,00 IRRF 0,00

VALORES DO PRESTADOR

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

CÁLCULO DO ISS

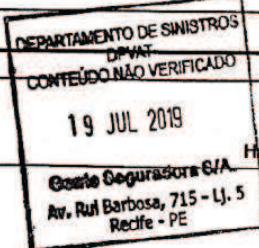
Valor dos Serviços	60,00	Natureza da Operação	Valor dos Serviços	60,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Tributada no Município	(-) Dedução permitida em lei	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	60,00
Outras Retenções	0,00	Código de Validação/Link	(X) Alíquota do ISS	5,0000 %
(-) ISS Retido	0,00	adzBEEpFRheZ	ISS a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	60,00	www.petrolina.pe.gov.br	(=) Valor do ISS	3,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 04/07/19 14:18

Hora da emissão: 17:08:34



Digitalizada com CamScanner





PAULA NOGUEIRA

advocacia e consultoria jurídica

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Andréza da Silva Rodrigues,
Brasileira Solteira, Cabelereira, inscrito(a) no CPF sob o
nº 119.291.724-35 e Registro Geral sob o n.º 9.088.084,
residente e domiciliado(a) na Rua Trás Maria N: 164 B: Jorzi e Mario
na cidade de Petrolina, CEP 56300000.

OUTORGADO(S): **Bela. PAULA TAYANNI NOGUEIRA SILVA**, brasileira, solteira,
Advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 45.489, com endereço profissional
estabelecido na Rua Xique-xique, n. 26, Areia Branca, Petrolina/PE, CEP.:
56.328-440, e-mail: nogueira.advocacia.adv@gmail.com, telefone: (87) 98814-
5380.

PODERES: Os conferidos pela cláusula "ad judicium et extra" para em nome do(a)
outorgante, em qualquer Juízo ou Tribunal, defender seus interesses, podendo
propor contra quem de direito as ações competentes, e requerer, desistir,
transigir, firmar acordos, substabelecer, enfim, praticar todos os atos necessários
ao bom e fiel desempenho do presente.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente Procuração outorga à Advogada acima os
poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar
compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, pedir justiça
gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade
com a norma insculpida no artigo 105 do Código de Processo Civil (Lei
13.105/2015).

Petrolina/PE, 02 de dezembro de 2019.

Andréza da Silva Rodrigues
OUTORGANTE

Scanned with CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438508

Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002296-9

Conta: 000001000146-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Andruza da Silva Rodrigues,
Brasileira, Baltina, Labelineira, inscrito(a) no CPF sob o
nº 159.291.724-35 e Registro Geral sob o n.º 9.088.084,
residente e domiciliado(a) na Rua Três Marias Bigolai e Maria N. 164,
na cidade de Petrolina, CEP 56300000,
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho
condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo
do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da**
Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de
Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do
processo.

Petrolina, 02 de dezembro de 2019

Andruza da Silva Rodrigues
Assinatura

Scanned with CamScanner

