

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000032295-4

Nr. Autenticação

BRADESCO15052020050000000002370321100000032295135000 PAGO

[Responder a todos](#) | [...](#)[Excluir](#) Lixo eletrônico | [...](#)[X](#)

----- Mensagem original -----

De : Mauricio Imparato <mauricio.imparato@seguradoralider.com.br>

Data: 12/05/2020 18:15 (GMT-03:00)

Para: Paulo Souza <paulo.souza@aruanaseguradora.com.br>, vera.cataldo@aruanaseguradora.com.br,

Marcos Vinicius <marcos@aruanaseguradora.com.br>, Raisa Santos

<raisa.santos@aruanaseguradora.com.br>, Daniel Vasconcellos

<daniel.vasconcellos@aruanaseguradora.com.br>

Assunto: Recepção de documentos - 3200152076

Prezados, boa tarde!

Devido à contato no SAC, favor recepcionar este e-mail no sinistro 3200152076, para que o mesmo seja movimentado e retorno para a reprogramação de pagamento.

Ao recepcionar, favor nos dar o retorno para que possamos concluir o pagamento.

Abraços,

Mauricio Imparato

Gerência de Sinistro – Coordenação Técnica

mauricio.imparato@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY

This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
RG: 6937263 CPF: 01179033450 EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
END: RUA BOA VISTA N° 72
BA ITAUNA CIDADE BREJO DA M. DEUS UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDAIA DE ARRUDA
RG: 2923963 CPF: 38605873415 EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
END: RUA COLOMBIA N° 43
BA MAURICIO DE JASAU CIDADE CARUARU UF: PE

Pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a Segurador Líder dos Consorcio do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
CPF: 014.790.334-50

Data do acidente: 08 / 06 / 2018

Nome do ROGO: MARCOS ROBERTO DE LIMA
RG: 6437775 CPF: 065799804-43
END: RUA DOM PEDRO I, N° 279 BAIRRO: FAZENDA NOVA
CIDADE BREJO DA M. DEUS UF: PE

TESTEMUNHAS:

Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES
CPF: 033420214-00 RG: 61875 DEUS
END: TV 1 EST MANHÃ N° 170 BAIR: FAZ. NOVA CDD: BREJO M. DEUS UF: PE
Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA
CPF: 029522824-42 RG: 7591653 DEUS
END: RUA BOA VISTA, N° 37, BAIR: VILA ITAUNA CDD: BREJO M. DEUS UF: PE

* marcos Roberto de Lima

(ASSINATURA DO ROGO, Reconhecer firma por

autenticidade)

Franisco Justino de Lima

(ASSINATURA

1) Marcio Jose Venus da Silva

TESTEMUNHA 2)

(ASSINATURA DA

BREJO DA M. DEUS 23 de NOVEMBRO de 2018

(LOCAL E DATA)

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

RIZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelionato Oficial | Av. Costa Carvalho, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARCOS ROBERTO DE LIMA Dou fe. 23 de novembro de 2018 RIZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,40 Tsnr R\$ Total R\$ 4,79 Selos: 073437.EZB11201802.00300.



CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

RIZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelionato Oficial | Av. Costa Carvalho, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade as firmas de FRANCISCO JUSTINO ALVES
MARCIOS ROBERTO DE LIMA
RIZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL
Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,80 Tsnr R\$ Total R\$ 9,58 Selos: 073437.EZB11201802.00300,
0073437.EZB11201802.00304.



*Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticar/

ARUANA SEGUROADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152076 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ESPLENECTOMIA). ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190608306**

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA**

CPF do beneficiário: **01179033450**

Nome do solicitante: **MARCOS ROBERTO DE LIMA**

CPF do solicitante: **065 799 80443**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) 9. 82166977 Tel. Comercial: (**83**) 9. 9852 9777 Tel. Residencial: (**83**) 9. 9852 9777

E-mail: **MSSEGURU.JANDOIR@GMAIL.COM**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho através desta, solicitar a reanálise do meu processo. Tendo em vista que não concordo da negativa sem ao menos ter realizado perícia. Por tanto, solicito uma perícia.

Caruaru - PE 16/04/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

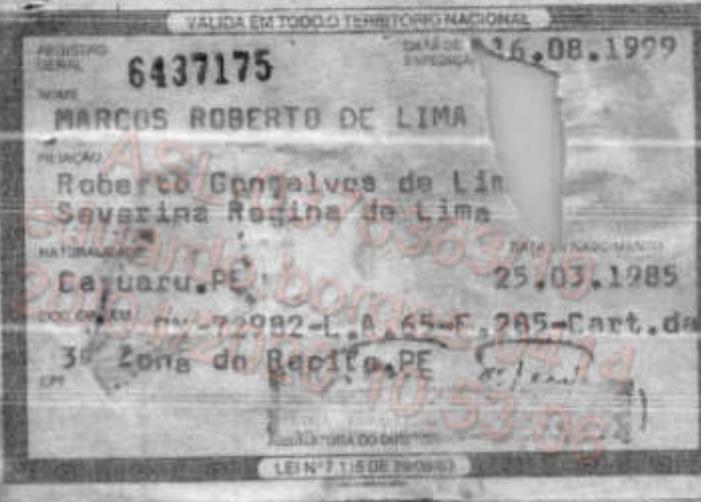
Marcos Roberto de Lima

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:53:06

ASL-0376363/19
eduardo.brasil.0413

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
065.799.804-43
Nome
MARCOS ROBERTO DE LIMA
Nascimento
25/03/1985

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:53:06
CÓDIGO DE CONTROL E

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 09:01:06 do dia 19/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ASL-037630
eduardo.borges/1
20/04/2020 10:53:06
"A ROGO"
ARUANA SEGURADORA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei nº 13.565, de 2019/2020
AL + FATURA + DIFERENÇA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPAGNA DE ENERGIA - FÁTIMA - CONTROLE DA QUALIDADE ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bairro: Recife, Pernambuco - CEP: 50030-902
CNPJ: 10.633.932/0001-06 | Inscrição Estadual: 00028543-03 | Inscrição Federal:

DADOS DO CLIENTE
ROSELI MARIA FALASTINO

CPF 052 088 424-48 NIS 18575554406

CLASSIFICAÇÃO:
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM
MORADIA

306833942 UNICA 23/10/2018

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Sessante Alvo até 30 km/h.
Sessante Alvo superior a 30 km/h 100 km/h.
Acidente Bandeira VERMELHA
Centro Ium. Pública Municipal
Autura por atentado-NF 032807787 - 21/08/18
Autura por atentado-NF 032807787 - 21/08/18
Autualização IPMa-NF 032807787 - 21/08/18

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORAV
RUA DOM PEDRO I 279

FAZENDA NOVA/FAZENDA NOVA
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

CONTA CONTRATO 000000000000
7027483512 10/2018
DATA DE VENCIMENTO 30/10/2018 DATA PRAZO PAGAMENTO 23/11/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 24,95

24,95

TOTAL DA FATURA

EE74 7268 EDFB Caja 8070 DE 2001

INFORMAÇÕES IMPORTANTE
Pague o imposto mensal pelo seu imóvel na sua agência de pagamento. A taxa de Agente 2 é de R\$ 100,00 reais + IPI (R\$ 20,00 reais).
O imposto é calculado com base no valor da casa ou no "Alta de Imóveis" que é o valor da casa mais o imposto de transmissão e
imposto de engajamento. O imposto é compensado automaticamente quando o imóvel é vendido.
Pague o imposto mensal pelo seu imóvel na sua agência de pagamento. A taxa de Agente 2 é de R\$ 100,00 reais + IPI (R\$ 20,00 reais).
O imposto é calculado com base no valor da casa ou no "Alta de Imóveis" que é o valor da casa mais o imposto de transmissão e
imposto de engajamento. O imposto é compensado automaticamente quando o imóvel é vendido.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118402/20

Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

CPF: 011.790.334-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA : 011.790.334-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE	Nº 014205357660		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CPF / CNPJ	RJNTRC	EXERCÍCIO
1	954244133	*****	2018
NOME			
MARCIO JOSÉ VENUS DA SILVA			
CARUARU - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
079.577.824-42	KHT0131		
PLACA ANT. (PE)	CHASSIS		
*****	9C2MD34008R010328		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	AUTO FAR. / ANO MOD.		
HONDA / XR 250 TORNADO	2008 / 2000		
CAP / POT / OIL	CATEGORIA		
2P / 249CL	PARTIC		
I P V A	COTA UNICA IPVA 2018 QUITADO	VEND. COTA UNICA 1 ^a	VEND. COTAS 1 ^a ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURADO PAGO		14/05/19	DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
CARUARU		DATA	
Márcio Andrews Souza Kabelexo		14/05/19	
Diretor-Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205357660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCIO JOSÉ VENUS DA SILVA

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	
CARUARU - PE	2018 14/05/18	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	079.577.824-42	KHT0131
RENAVAM	MARCA / MODELO	
954244133	HONDA / XR 250 TORNADO	
ANO FAR.	CHASSIS	
2008	9C2MD34008R010328	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FINS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> CUSTO DO BILHETE DE SEGURADO PAGO
<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	IPF (R\$)

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.240.808/0001-64

PESTAQUES E GUARDES E BILHETE DE DPVAT
SÓ SE MÃO E DE PORTO CERTIFICATÓRIO.



ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:52:56

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:52:56

ARUANA SEGURADORA
14 JAN 2013



ARUANA SEGURODORA

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:52:34

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:52:34

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:52:34

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:52:34

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Nº de Inscrição: 011790334-50

Data do Nascimento: 25/08/73

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:52:34

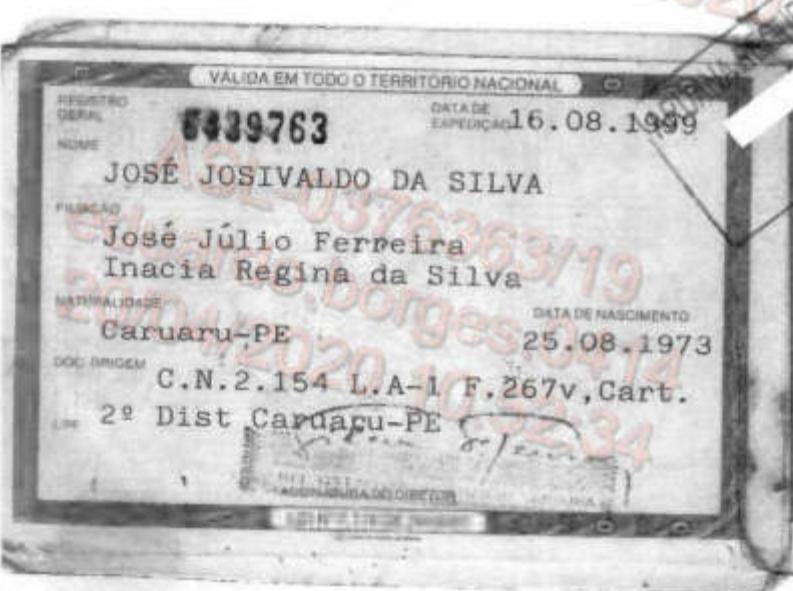
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

S E R P R E
R

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 02/02/00





ORTOP

AV AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU

LAUDO MÉDICO / DPVAT

JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA

CPF: 011.790.334-50

DECLARO QUE PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTICO (08/06/18) SENDO SUBMETIDO AO
TRATAMENTO CIRURGICO DE ESPLENECTOMIA NO MESMO
DIA

CARUARU 20 DE FEVEREIRO DE 2020

CRM 15582 CPF: 022.810-26
Dr. Gustavo Libório

ORTOPEDIA (SBOT) - CIRURGIA DO TRAUMA (SBTO)
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)
CRM 15582 - TEOT 13985

Acupuntura
Análise Clínicas
Angiologia
Alergologia
Biópsia
Cardiologia
Cardiovascular
Clínico Geral
Cirurgião Geral
Citologia e Colposcopia
Dermatologia
Ecocardiografia
Endocrinologia Infantil
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Endocrinologia
Geriatria
Gastroenterologia
Implantes Dentários
Neurologia
Neurologia Infantil
Nutrição
Mastologia
Mamografia
Laboratório
Odontologia
Ortodontia
Otorrinolaringologia
Ortopedia
Pediatra
Psicologia
Peniscopla
Raio X
Radiologia
Reumatologia
Teste Ergométrico
Ultra-som
Urologia
Vacinação
e outras especialidades



Centro Médico

GAPE

10/10/92 506

20/04/2020 11:08:14

Franildo Barros Gomes

Relatório médico

Percebi no seu vírus se
admito resoluções em
10/7/2017, tendo em consideração
que teria em 2018 um local,
onde foi feita a higiene
de risco feito pelo
pne (02/10/10) de 45, com
meus desejos
estando na sua
en 8/10/07 de



21/04/2019

CRM 16.777

Dr. Mário Lima
Ortopedista e Clínica de Dor

"NÃO COBRAMOS APARELHOS ORTODONTICOS"

Av. Cleto Campelo, 399 - Centro - CEP: 55.170-000 - Brejo da Madre de Deus - PE.
Fone: (81) 3747.1665

E-mail: atendimento@clinicagape.com.br - www.clinicagape.com.br



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TECIT 13988

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

NOME/CPF :

OM. FGO. 224-50
Dr. Gustavo da Silva

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

IMMAMU - PE | 08/06/18

DATA DA CIRURGIA:

09/06/18

HISTÓRIA CLÍNICA :

Amaçônico Mobachas com (W)j
Esplenite - Resumo esplenectomia

RSCs (+) / Poxas



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

20/04/2020 11:08:14

ASL-0376363/19

eduardo.borges.0414

20/04/2020 11:08:14

FISIOTERAPIA :

DATA DA ALTA MÉDICA :

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA-TRAUMA

RECONSTRUÇÃO

CRM15582 - TEOT 13985

Av. Agamenon Magalhães N° 1116 - Maurício de Nassau

Caruaru-PE

ortop.agreste@hotmail.com

81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM ©



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Name: JOSE JOSIVALDO DA SILVA	Prontuário: 1636289
Idade: 44 Anos 9 Meses 21 Dias	Sexo: Masculino
Proc.:	Admissão no HR: 09/06/2018
Adm. Clínica:	Alta: 20/06/2018
Enfermaria /Leito: 720-L1	

- ALTA
- ÓBITO
- TRANSFERI
- Outros:

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, DEU ENTRADA NO SERVIÇO APÓS 10 HORAS DO ACIDENTE, EVOLUINDO COM QUEIXA DE DOR EM MSE, DOR ABDOMINAL E HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIENCIA E 1 EPISÓDIO EMÉTICO NO MOMENTO DO ACIDENTE. FOI SUBMETIDO A UMA LE + ESPLENECTOMIA + PANCREATORRAFIA + DC (09/06/18). EVOLUIU HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL DURANTE O INTERNAMENTO, SEM USO DE DVA, COM BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR E DEAMBULANDO. POR APRESENTAR U LEUCOMETRIA EM ASCENSÃO, FEZ TAC DE ABDOME COM CONTRASTE. APESAR DOS ACHADOS IMAGINOLÓGICOS, POR APRESENTA BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LEUCOMETRIA EM QUEDA EM SEGUITA, O PACIENTE ENCONTRA-SE APTO PARA ALTA HOSPITALAR.

EXAMES COMPLEMENTARES

(TODOS EM ANEXO)
TAC DE CRANIO
TAC DE COLUNA VERTEBRAL
TAC DE TORAX
TAC DE ABD COM CONTRASTE
RX DE TORAX

*TAC ABD COM CONTRASTE (18/06):

- 1) PEQUENA LAMINA DE LÍQUIDO LIVRE NO ESPAÇO PLEURAL A ESQUERDA
- 2) ÁREAS DE CONSOLIDAÇÃO NOS LOBOS INFERIORES, NOTADAMENTE A ESQUERDA E TAMBÉM NA LINGULA, ASSOCIADA A BRONCOGRAMAS AEROS E REALCE HOMOGÊNEO AO CONTRASTE. ESTES ACHADOS PODEM CORRESPONDER A ÁREAS DE ATELECTAS NO LOBO INFERIOR ESQUERDO, PROCESSO INFLAMATÓRIO/INFECCIOSO PARTICIPA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- 3) EVIDENCIAMOS COLEÇÃO LÍQUIDA SUBFRÉNICA A ESQUERDA, EM TOPOGRAFIA DE LOJA ESPLENICA, DE LIMITES E CONTORNOS POUCO DEFINIDOS, COM PEQUENA BOLHA DE AR NO SEU INTERIOR, SEM REALCE AO MEIO DE CONTRASTE, MEDINDO EM Torno de 9,7x7,9x3,8CM (VOLUME APROXIMADO DE 152CM³). DESTACAMOS AINDA QUE A CAUDA DO PANCREAS ESTÁ LOCALIZADA NESSA TOPOGRAFIA, CIRCUNDADA PELA COLEÇÃO DESCrita. COLEÇÃO INFLAMATÓRIA/INFECCIOSA É A PRINCIPAL DE CONSIDERAÇÃO.
- 4) IDENTIFICAMOS DENSIFICAÇÃO DOS PLANOS ADIPOSOS E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO NA LINHA MÉDIA, EM REGIÃO UMBILICAL E SUPRAUMBILICAL, COM PEQUENAS BOLHAS DE AR DE PERMEIO. ESTES ACHADOS PODEM ESTAR RELACIONADOS A PROCESSO INFECCIOSO OU MANIPULAÇÃO CIRÚRGICA RECENTE (LAPAROTOMIA).

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGBOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, HIPOCORADO (+/+4), ANICTERICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL.

*ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S FC: 96BPM

*AR: MV + EM AHT, S/ RA FR: 20IPM

*ABD: SEMIGLOBOSO, FLACIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM VMG, RHA+

*ETX: SEM EDEMA DE MMII, PULSOS SIMÉTRICOS

DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

Adalberto Guido de Araújo
Cirurgião Geral - CRM: 3879
CPF: 097.105.234-49

||=> cel 999731531
HQ 2º pern & d. 4

TRATAMENTO REALIZADO

(09/06/18): LE + ESPLENECTOMIA + PANCREATORRAFIA + DC.

ACHADOS: MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE; LESÃO ESPLENICA EM POLO INFERIOR GRAU III SANGRANTE

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

ENCAMINHADO AO CRIE PARA VACINAÇÃO CONTRA GERMES ENCAPSULADOS
RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO DIA 25/06 ÀS 11H COM DR ADALBERTO GUIDO

MÉDICOS ASSISTENTES:

STTAF: DR ADALBERTO GUIDO
MR2: DRA IVANA AGUIAR
MR1: DR JOÃO PAULO LIMA

Dr. João Paulo Lima
MÉDICO
CREMEPE 24.793

Data: 20/06/2018

ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.25002

ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 11:08:14

Nome: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Idade: 40 Sexo: M
Médico: MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR
Procedência: SUS - INTERNACAO

Pedido: 463235
Data do Pedido: 17/06/2018 11:45:00
Data do Laudo:
Atendimento: 983586

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME TOTAL COM CONTRASTE

HISTÓRIA: Paciente vítima de trauma abdominal fechado prévio, sendo submetido a LE, evoluindo atualmente com leucocitose, segundo requisição médica.

COMPARAÇÃO: exames anteriores não disponíveis para análise comparativa.

TÉCNICA: exame realizado em equipamento multislice, utilizando-se aquisição volumétrica com reconstrução de 1,5 mm de colimação antes, durante e após a administração do meio de contraste intravenoso.

ACHADOS:

1. Pequena lámina de líquido livre no espaço pleural à esquerda.
2. Áreas de consolidação nos lobos inferiores, notadamente à esquerda e também na língula, associadas à broncogramas aéreos e realce homogêneo ao contraste. Estes achados podem corresponder a áreas de atelectasia. No lobo inferior esquerdo processo inflamatório/infeccioso participa do diagnóstico diferencial.
3. Evidenciamos coleção líquida subfrênica à esquerda, em topografia de loja esplênica, de limites e contornos pouco definidos, com pequena bolha de ar no seu interior, sem realce ao meio de contraste, medindo em torno de 9,7 x 7,9 x 3,8 cm (volume aprox. de 152 cm³). Destacamos ainda que a cauda do pâncreas está localizada nesta topografia, circundada pela coleção descrita. Coleção inflamatória/infecciosa é a principal consideração.
4. Parênquima pancreático com realce homogêneo pós-contraste.
5. Identificamos densificação dos planos adiposos e do tecido celular subcutâneo na linha média, em região umbilical e supraumbilical, com pequenas bolhas de ar de permeio. Estes achados podem estar relacionados a processos infecciosos ou manipulação cirúrgica recente (laparotomia). Correlacionar com exame clínico.
6. Fígado, vias biliares, vesícula biliar, adrenais, rins, bexiga, próstata e vesículas seminais sem alterações dignas de nota por este método.
7. Segmentos intestinais com calibre e disposição habituais.
8. Baço não caracterizado (status pós-cirúrgico).
9. Aorta e VCI com dimensões e contornos normais.
10. Não identificamos linfonodomegalias.
11. Alterações degenerativas na coluna dorso-lombar, principalmente em L5-S1.
Laudo revisado por Dra. Taciana Andrade CRM 11844



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE JOSIVALDO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1636289	ATENDIMENTO: 00983586
DATA DE NASCIMENTO: 25/08/1973	FOI ATENDIDO EM: 09/06/2018 ÀS	DATA DA ALTA: 20/06/2018 ÀS 09:02

Diagnóstico Provável:

TRAUMA ABDOMINAL SECUNDÁRIO A ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

Tratamento Realizado:

(09/06/18): LE + ESPLENECTOMIA + PANCREATORRAFIA + DC.
ACHADOS: MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE; LESÃO ESPLENICA EM POLO INFERIOR GRAUR III SANGRANTE.

Observação:**Encaminhado para:**

- 1.ENCAMINHADO AO CRIE PARA VACINAÇÃO CONTRA GERMES ENCAPSULADOS
- 2.RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO DIA 25/06 ÀS 11H

Dr. João Paulo Lima
MÉDICO
CREMEPE 24.793

ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.25002

Recife, ²⁰ JUNHO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

5.5.1-2.04.8

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Data Nascimento: 25/08/1973
Sexo: Masculino

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 14 Dias

Atendimento: 01122577
Prontuário: 00058850
Senha N.º: 0141

Data e Hora: 08/06/2018 17:43h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA TRAUMA NA COSTELA APOS QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE. NEGA TRAUMA CABECA. NO MOMENTO APRESENTOU VARIOS EPISODIOS DE VOMITOS E PERCA DA CONSCIENCIA.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA
NEGA DM + HAS
DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:	Altura:	Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 73 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 52 MMHG	Freq. Cardiaca:
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM	HGT:	

QPD / HDA:

PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 10 HORAS DE EVOLUÇÃO. APRESENTOU SINCOPE EM 2 OPORTUNIDADES E VOMITOS. COM DOR NO MSE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Exame Físico:

EGR COTE EUPNEICO NORMOCORADO HIDRATADO
AR: MV+ SRA
ACR: RCR 2T BNF S/S

Exames complementares:

HD:
TCE

HR - 5443 807

Conduta:

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

Evolução:

Dr. Silas Xavier
Médico
CRM/PE: 24480

Ass. do Médico

Dr(a): SILAS EMANUEL SOUZA XAVIER CORREIA

ARUANA SEGURADORA



PREFEITURA DE
CARUARU

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CARUARU

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rua dos Guararapes, sn - Centro - Caruaru - Pernambuco



Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Mãe: INACIA R. DA SILVA

Dt. Nascimento: 25/08/1973

Procedência: USF ITAUNA

Solicitante: DR GUILHERME GARCIA SAMPAIO

Pedido: 77-26

CNS:

Impresso por: KAROL - 19/07/2018 14:18:12

PROTEÍNA C REATIVA

RESULTADO: 4,0 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

< 6,0 mg/dL

Material: SORO

Data coleta : 16/07/2018 12:17

Método:

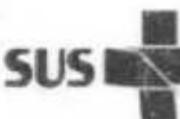
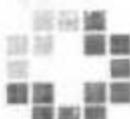
Liberado por: Vohnson F. M. de Miranda - CRF 1883

Data liberação: 16/07/2018 15:45



Dr. Vohnson F M de Miranda
Farmacêutico-Bioquímico
CRF: 1883

Ensaios com materiais coletados em dia, horários e metodologias diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais.
Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Sistema
Único de SaúdeLerunçia
3.03
HOSPITAL
MESTRE VITALINO

Prontuário:	58468	Data do Pedido:	22 de Setembro de 2018
Nome:	JOSE JOSIVALINO DA SILVA	Data do Exame:	24 de Setembro de 2018
Pedido:	101371		
Médico Solicitante:	THIAGO CESAR FERNANDES GOMES		
Setor:	EMERGENCIA ADULTO		
Idade:	45a 0m 30d	Exame:	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE OU BACIA/ ABDOMEN
			INFERI
			TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDÔMEN TOTAL

TÉCNICA:

A tomografia computadorizada foi efetuada através da técnica multislice. Os cortes foram realizados sem injeção endovenosa de contraste.

COMENTÁRIOS:

Figado, pâncreas e baço com volume, contornos e densidades normais.

Vesícula biliar distendida com importante borramento da gordura perivesicular difusamente principalmente em sua poção mais inferior junto ao colón ascendente.

Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Rins situação e dimensões normais sem litíase ou hidronefrose.

Distribuição enterocólica normal.

Bexiga de volume habitual.

Impressão Diagnóstica:

1. Vesícula biliar distendida com importante borramento da gordura perivesicular. Avaliar como hipótese mais provável Colecistite aguda.

ANDRÉ PINTO DA SILVEIRA
CRM: 11456



PREFEITURA DE
CARUARU

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CARUARU

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rua dos Guararapes, sn - Centro - Caruaru - Pernambuco



Paciente: **JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

Mãe: INACIA R. DA SILVA

Dt. Nascimento: 25/08/1973

Procedência: USF ITAUNA

Solicitante: DR GUILHERME GARCIA SAMPAIO

Pedido: 77-26

CNS:

Impresso por: KAROL - 19/07/2018 14:18:12

AMILASE

RESULTADO: 70,00 U/I

VALORES DE REFERÊNCIA:

25,0 a 115,0 U/I

Material: SORO

Data coleta : 16/07/2018 12:17:00

Método: Cinética Bicromática

Liberado por: Tiago Ferreira Gomes - CRBM 2271

Data liberação: 16/07/2018 13:56

ARUANA SEGURADORA

Dr. Tiago Ferreira Gomes
Biomédico
CRBM: 2271

Ensaios com materiais coletados em dia, horários e metodologias diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais.
Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintiva: 0800 021 91 35

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 de 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 de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

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 MARIA JANODILE DE ARAUJO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 356.055.134 / 16 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSÉ JOSÉ VALDO DASILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 011.790.334 / 50

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ JOSÉ VALDO DASILVA

Inscrito (a) no CPF sob o N° 011.790.334 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço:	R COLONIA RIA	Número:	43	Complemento:
Bairro:	MAURICIO DE NASSAU	Cidade:	CARUARU	Estado: PE CEP: 55012-260
E-mail:	MSSEGURU.SPAULI@GMAIL.COM			Tel.(DDD): 81- 9832-9777

Local e Data: CARUARU - PE 8 JANEIRO DE 2019

Assinatura do Declarante

ATENDIMENTO: RUA FRANCISCO NEVES - NUN. - 80152 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-310

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA 6336914 Mar/2019
MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO R. COLOMBIA, N. 000043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL / COMERCIAL / INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A03P002937	DATA LEIT. ANTERIOR 27/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 26/03/2019 TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

ÁGUA:

LEIT ANT: 1598 CONSUMO: 19

LEIT ATU: 1617

LEIT FAT: 1617

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

02/2019	17	PAIS/REG	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG	PORT	ANALISES	ATENDEN
01/2019	06	TURBIDEZ	166	161	161	169
12/2018	13	COR / APARENTE	166	161	161	118
11/2018	20	CLORO RESIDUAL	166	161	161	169
10/2018	16	COLI - TOTAIS	166	161	161	158
09/2018	09	E. COLI	166	161	161	169

MÉDIA: 14

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAL AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES 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 CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

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

10 M3 = 1,30

9 M3 = 4,66

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019

.48

JUROS DE MORA 05/2018 08/2018 09/2018 11/2018

.93

ARUANA SEGUROADORA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José 1.º Barreto, 111, Bco. Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50000-002

CNPJ 12.025.331/0001-50 | Fone: (81) 3443-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JUZEFIA DA SILVA

CPF: 040.359.334-35 NIS: 10190080044

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BÁSICO/NOVA CONEXÃO

Município:

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
0336700906	UNICA	04/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/10/2018	2014088242	781404

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BOA VISTA, 12

ITAJUBATIBA/LNA
CARuaru PE
5516-293

DATA CONTRATO	PERÍODO
7019931484	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	06/11/2018
11/10/2018	
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,80

ESPECIFICAÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000,0000	R\$ 0,792017	5,42
70.000,0000	R\$ 1,057763	71,95
12.000,0000	R\$ 1,705625	20,40
		3,37
		4,46

Consumo Ativo até 30 kWh;
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh;
 Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh;
 Acréscimo Bandeira VERMELHA;
 Controle kwh: Pública Municipal

TOTAL DA FATURA

NR DO MÊS/AN	TIPO DA FONTE	DATA	ANTERIOR LITURA	DATA	ATUAL LITURA	IP DEZ	CONSTANTE	AJUSTR	CONSUMO ATIV
V-11/18	CAT.	05-10-2018	0.0000	04-10-2018	0.0000	II	+ 0.001		11,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MÉTODO IPM	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DESPESO	Geração de Energia	IP	%	VALOR
SET/18 112	KWHS			Transmissão	IP	17,21	0,00%
SET/18 140	PIS	0,24	0,00	Impostos Federais	IP	2,19	0,00%
AGO/18 139	COFINS	0,24	0,00	Impostos Estaduais	IP	14,22	0,00%
AGO/18 137				Período de Trânsito	IP	3,23	0,00%
AGO/18 131				Impostos Municipais	IP	1,48	0,00%
AGO/18 149				Total	IP	1,19	0,00%
AGO/18 148					IP	16,34	0,00%
AGO/18 134							
FEV/19 137							
JAN/19 130							
FEB/19 132							
NOV/17 132							
OUT/17 98							

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

MÉTODO IPM	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DESPESO
SET/18 112	KWHS		
SET/18 140	PIS	0,24	0,00
AGO/18 139	COFINS	0,24	0,00
AGO/18 137			
AGO/18 131			
AGO/18 149			
AGO/18 148			
AGO/18 134			
FEV/19 137			
JAN/19 130			
FEB/19 132			
NOV/17 132			
OUT/17 98			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Consumo Ativo Até 30 kWh;

Consumo Ativo Superior a 30 Até 100 kWh;

Consumo Ativo Superior a 100 Até 200 kWh;

Consumo Ativo Superior a 200 Até 300 kWh;

Consumo Ativo Superior a 300 Até 400 kWh;

Consumo Ativo Superior a 400 Até 500 kWh;

Consumo Ativo Superior a 500 Até 600 kWh;

Consumo Ativo Superior a 600 Até 700 kWh;

Consumo Ativo Superior a 700 Até 800 kWh;

Consumo Ativo Superior a 800 Até 900 kWh;

Consumo Ativo Superior a 900 Até 1.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.000 Até 1.500 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.500 Até 2.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 2.000 Até 3.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 3.000 Até 4.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 4.000 Até 5.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 5.000 Até 6.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 6.000 Até 7.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 7.000 Até 8.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 8.000 Até 9.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 9.000 Até 10.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 10.000 Até 12.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 12.000 Até 15.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 15.000 Até 20.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 20.000 Até 30.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 30.000 Até 40.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 40.000 Até 50.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 50.000 Até 60.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 60.000 Até 70.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 70.000 Até 80.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 80.000 Até 90.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 90.000 Até 100.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 100.000 Até 120.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 120.000 Até 150.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 150.000 Até 200.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 200.000 Até 300.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 300.000 Até 400.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 400.000 Até 500.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 500.000 Até 600.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 600.000 Até 700.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 700.000 Até 800.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 800.000 Até 900.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 900.000 Até 1.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.000.000 Até 1.500.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.500.000 Até 2.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 2.000.000 Até 3.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 3.000.000 Até 4.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 4.000.000 Até 5.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 5.000.000 Até 6.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 6.000.000 Até 7.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 7.000.000 Até 8.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 8.000.000 Até 9.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 9.000.000 Até 10.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 10.000.000 Até 12.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 12.000.000 Até 15.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 15.000.000 Até 20.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 20.000.000 Até 30.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 30.000.000 Até 40.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 40.000.000 Até 50.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 50.000.000 Até 60.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 60.000.000 Até 70.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 70.000.000 Até 80.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 80.000.000 Até 90.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 90.000.000 Até 100.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 100.000.000 Até 120.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 120.000.000 Até 150.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 150.000.000 Até 200.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 200.000.000 Até 300.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 300.000.000 Até 400.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 400.000.000 Até 500.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 500.000.000 Até 600.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 600.000.000 Até 700.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 700.000.000 Até 800.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 800.000.000 Até 900.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 900.000.000 Até 1.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.000.000.000 Até 1.500.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.500.000.000 Até 2.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 2.000.000.000 Até 3.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 3.000.000.000 Até 4.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 4.000.000.000 Até 5.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 5.000.000.000 Até 6.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 6.000.000.000 Até 7.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 7.000.000.000 Até 8.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 8.000.000.000 Até 9.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 9.000.000.000 Até 10.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 10.000.000.000 Até 12.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 12.000.000.000 Até 15.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 15.000.000.000 Até 20.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 20.000.000.000 Até 30.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 30.000.000.000 Até 40.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 40.000.000.000 Até 50.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 50.000.000.000 Até 60.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 60.000.000.000 Até 70.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 70.000.000.000 Até 80.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 80.000.000.000 Até 90.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 90.000.000.000 Até 100.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 100.000.000.000 Até 120.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 120.000.000.000 Até 150.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 150.000.000.000 Até 200.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 200.000.000.000 Até 300.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 300.000.000.000 Até 400.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 400.000.000.000 Até 500.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 500.000.000.000 Até 600.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 600.000.000.000 Até 700.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 700.000.000.000 Até 800.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 800.000.000.000 Até 900.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 900.000.000.000 Até 1.000.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.000.000.000.000 Até 1.500.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 1.500.000.000.000 Até 2.000.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 2.000.000.000.000 Até 3.000.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 3.000.000.000.000 Até 4.000.000.000.000 kWh;

Consumo Ativo Superior a 4.000.000.000.000 Até 5.000.000.000.000 kWh;

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: 4 - Nome completo da vítima:
033.790.334-50 **TADEU JOSÉ VALDO DA SILVA**

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
TADEU JOSÉ VALDO DA SILVA	033.790.334-50		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSO	Rua Boa Vista	12	zona RRZ
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ITAVUNA	Ceará	PE	550180-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 65 33216-6972 089812-9722		
ASSSEGURO JARDIM O BRASIL - CEARA			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **233** CONTA: **32295** **4**
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - **MARCOS ROBERTO DE LIMA**
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
065.799.804-43
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
MARCOS ROBERTO DE LIMA
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, **CRNCE - 23 de Agosto de 2019**
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º Nome: **FRANCISCO JOSÉ DA ALVES**

CPF: **033.120.514-00**

Franca Francisco Alves

Assinatura da testemunha

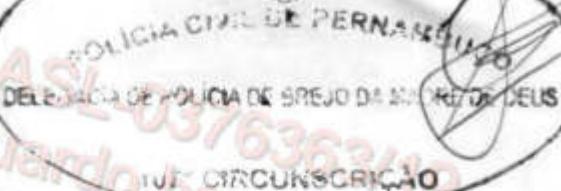
39 - 2º Nome: **MARCIO JOSE VIEIRAS DA SILVA**

CPF: **079.577.824-92**

Marcio Jose Vieira da Silva

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**ASL-0376363/19
eduardo.borges.0414
20/04/2020 10:51:25**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 107^ª CIRCUNSCRICAO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107^ªCIRC DINTER1/17^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0197001035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/12/2018 às
17:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA MÁS FATAL - Carrozinho (Conselho zelador)
que aconteceu no dia 8/6/2018 às 06:30

Fato ocorrido na endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1.
RODOVIA PE 146 - BAIRRO: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO
ACESSO PARA O SITIO POCOS.
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (não presente ao plantão)
MARCIO JOSE VENUS DA SILVA (OUTRO) :
JOSE JOSIVALDO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: INÁCIA
REGINA DA SILVA P/ José JULIO FERREIRA Data de Nascimento: 28/8/1973 Naturalidade:
CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8439783/SDSP-E (RG), 81175833458
(CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
81988235203

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO DE ITAUNA - CEP:
56600-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS DO
CEMETÉRIO.

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mão: INEXISTENTE
P/ INEXISTENTE Data de Nascimento: 9/5/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

MARCIO JOSE VENUS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mão: NÃO INFORMADO P/ NÃO INFORMADO Data de Nascimento:
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): MARIO JOSE VENUS DA SILVA, que esta(s) em posse do(s) Sr(a): JOSE JOSIVALDO DA SILVA. Cadastrado(a) na placa: MOTOCICLETA HONDA XR250 TORNADO. Corlo apreendido: MB COR: BRANCA. Descrição: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Plano: Fazenda (7) E-mail: (NÃO INFORMADO) Rua: 80 - 954244853 Chaves
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brazil

Complementos / Observación

AFIRMA A VÍTIMA, QUE NA DATA E HORA SUPRA, GUIAVA A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA ESTADUAL PE 148, SENTIDO O DISTRITO DE FAZENDA NOVA, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO ACESSO AO SITIO POCOS, UM CACHORRO PASSOU EM FRENTE A SUA MOTO, O QUE FEZ A VÍTIMA ACIONAR O FREIO, VINDO COM ISSO A BERRAPAR E CAIR. RELATA QUE, APESAR DAS DORES APÓS A QUEDA, LEVANTOU, LIGOU A MOTO, E FOI PARA CASA, SENDO QUE POR VOLTA DAS 15:00H SENTIU A NECESSIDADE DE IR PARA O MÉDICO, OCASIÃO EM QUE FOI PARA CARUARU, MARA MAIS DISSE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) à unidade policial

JOSÉ G. DA SILVA

O registrante pode ser visto no site www.munis.com.br

POLÍCIA CIVIL DO RIO GRANDE DO SUL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BREJO DA MADRE DE DEUS

107ª CIRCUNSCRIÇÃO

ARUANA SEGURO
14 JAN 2013

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: 4 - Nome completo da vítima:
033.790.334-50 **TADEU JOSÉ VALDO DA SILVA**

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
TADEU JOSÉ VALDO DA SILVA	033.790.334-50		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECLUSO	RUA BOA VISTA	12	zonas RRZ
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ITAVUNA	CURAU	PE	550180-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 63 33216-6972 039812-9722		
ASSSEGURO JARDIM O BRASIL - CURAU			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **BRADESCO - 237**

AGÊNCIA: **237**

CONTA: **32295**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: **237**

CONTA: **32295**

4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - **MARCOS ROBERTO DE LIMA**
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
065.799.804-43
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
MARCOS ROBERTO DE LIMA
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, **CRUZEIRO - 23 de Agosto de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC nº11 VM152/30119

38 - 1º | Nome: **FRANCISCO JOSÉ ALVES**

CPF: **033.120.514-00**

Franca Francisco Alves
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **MARCIO JOSE VIEIRAS DA SILVA**

CPF: **079.577.824-92**

Marcio Jose Vieira da Silva
Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Or. José Roberto

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: 4 - Nome completo da vítima:
033.790.334-50 **TADEU JOSÉ VALDO DA SILVA**

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
TADEU JOSÉ VALDO DA SILVA	033.790.334-50		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSO	Rua Boa Vista	12	zona RRZ
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ITAVUNA	Ceará	PE	550180-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 65 33216-6972 089812-9722		
ASSSEGURO JARDIM O BRASIL - CEARA			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **[]** CONTA: **[]** AGENCIA: **2333** CONTA: **32295** **4**
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - **MARCOS ROBERTO DE LIMA**
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
065.799.804-43
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
MARCOS ROBERTO DE LIMA
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, **CRNCE - 23 de Agosto de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC nº11 VM152/30119

38 - 1º | Nome: **FRANCISCO JOSÉ VALDES ALVES**

CPF: **033.120.514-00**

Francisco JOSÉ VALDES
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **MARCIO JOSE VIEIRAS DA SILVA**

CPF: **079.577.824-92**

Marcio JOSE VIEIRAS DA SILVA
Assinatura da testemunha

Or. José Valdes
Assinatura do Procurador (se houver)

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, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152076 **Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

Data do Acidente: 08/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000003211-5

Conta: 0000032295-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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



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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152076

Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na ARUANA SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152076 **Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

Data do Acidente: 08/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376363/19

Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

CPF: 011.790.334-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA : 011.790.334-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vitima beneficiária)

NOME: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
RG: 6439763 CPF: 07729038450 EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR.
END: RUA BOA VISTA N° 72,
BA ITAUNA, CIDADE BREJO DA M. DEUS, UF: PE.

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARRUDA
RG: 2983963 CPF: 38605873415 EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: FARMACÔMICO
END: RUA COLOMBIA N° 43,
BA MAURÍCIO DE VASCONCELOS, CIDADE CARUARU, UF: PE

Pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a Segurador Líder dos Consorcios do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da
vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
CPF: 044.790.334-50

Data do acidente: 08 / 06 / 2018

Nome do ROGO MARCOS ROBERTO DE LIMA
RG 6437775 CPF 065799804-43
END. RUA DOM PEDRO I, N° 279 BAIRRO: FAZENDA NOVA
CIDADE BREJO DA M. DEUS, UF: PE

TESTEMUNHAS:

Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES
CPF: 023420514-00 RG: 61835
END. TV 1 EST MANAUS, N° 170, BAIR: FAZ. NOVA CDD: BREJO M DEUS UF: PE
Nome: MARCIO JOSE VENOS DA SILVA
CPF: 029322824-42 RG: 7-S 97653
END. RUA BOA VISTA, N° 5/N, BAIR: VILA ITAUNA CDD: BREJO M DEUS UF: PE

* marcos Roberto de Lima

(ASSINATURA DO ROGO, Reconhecer firma por

autenticidade)

(ASSINATURA

D. Marcos Roberto de Lima

DA TESTEMUNHA

(ASSINATURA DA

TESTEMUNHA 2)

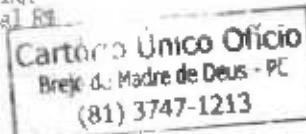
BREJO DA MARE DE DEUS, 27 de NOVEMBRO de 2018

(LOCAL E DATA)

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelionato Oficial | Avenida Cláudio Campelo, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARCOS ROBERTO DE LIMA Dou
fô. 23 de novembro de 2018 ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA -
OFICIAL Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,40 Tsrr R\$ Total R\$
4,79 Selo:0073437.EZK11201802.00304.

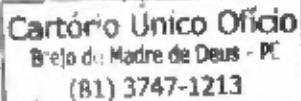


"Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital"

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelionato Oficial | Avenida Cláudio Campelo, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade as firmas de FRANCISCO JUSTINO ALVES /
MARCIOS JOSE VENOS DA SILVA Dou fô. 27 de novembro de 2018 ROZANIA
MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL Emolumentos R\$
Ferc R\$ 0,80 Tsrr R\$ Total R\$ 9,58 Selo:0073437.EZK11201802.00304,
0073437.EZK11201802.00304.



"Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETAN - PE		Nº 014205357660
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		
VIA	COD. RENAVAM	PLACA
1	954244133	RHTG131
NOME		
MARCIO JOSÉ VENUS DA SILVA		
CARUARU - PE		
CPF / CNPJ	PLACA	
079.577.824-42	RHTG131	
PLACA ANT. DE ESTRADA / PE	CHASSI	
	9C2MD34008R010326	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA	GÁSOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA / XR 250 TORNADO	2006 2006	
CAP / POT / GIL	CATEGORIA	
2P / 249CL	PARTIC	
VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	
IPIVA 2018 QUITADO	1 ^a *****	
FAIXA IPIVA:	PARCELAGEM / COTAS	
1	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IDF (R\$)	
SEGURO PAGO	PRÉMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO		
SEM RESERVA		
OBSERVAÇÕES		
<i>Charles Andrews Souza Ribeiro</i>		
CARUARU, 14/05/18		
Charles Andrews Souza Ribeiro Diretor-Presidente DETAN/PE		

PE Nº 014205357660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCIO JOSÉ VENUS DA SILVA

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	
CARUARU - PE		2018 14/05/18	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	079.577.824-42	RHTG131	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
954244133	HONDA / XR 250 TORNADO		
ANO FAB.	IDF (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
2006	09	9C2MD34008R010326	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	
		SEGURADO PAGO	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.240.000/0001-04

ESTADOUS E QUARDE O BILHETE DE VAP
ELE NAO È DE PÔRTE OBRIGATÓRIO.



ARUANA SEGURADORA
14 JAN 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES SURI



C.17

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

16.08.1999

6437175

MARCOS ROBERTO DE LIMA

RELACIONADO

Roberto Gonçalves de Lima
Severina Regina de Lima

NATURALIDADE

Cajamar, PE

DATA NATAL

25.03.1985

DOC. OFICIAL: DM-72982-L-A-65-F-285-Cart. da

3º Zona do Recife, PE

CPN

LIMITAÇÃO DA

LEI N° 7.119 DE 29/06/83

Marcos Roberto de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
065.799.804-43

Nome
MARCOS ROBERTO DE LIMA

Nascimento
25/03/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
B0A1.1001.472C.070E

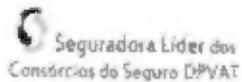
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:01:06 do dia 19/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

"P. RODO"
ARUANA SEGURADORA

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376363/19

Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

CPF: 011.790.334-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA : 011.790.334-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
DEPARTAMENTO DE AVIAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

PE

NOME
MARIO JANDOIX DE ARAUJO

SOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
29223963 SDE PE

CPF
386.058.134-15 **DATA NASCIMENTO**
04/09/1964

SILUETA


ANTONIO FERRERA FILHO
MARIA JOSE SIQUEIRA

PERMISSÃO
VALIDADE
07/09/2022

CAT. MAR
HABILITAÇÃO
04/06/1986

Nº REGISTRO
00556750619

VALIDADA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485415452

DESCRIÇÃO
A

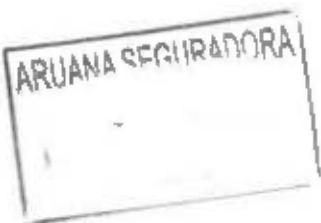
Mario Jandoix de Araujo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU, PE **DATA EMISSÃO**
28/09/2017

Charles Andrade Souza Ribeiro
Presidente
Assinatura do Presidente
94108543540
PE065929254

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485415452



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA

Nº de Inscrição

011790334-50

Data do Nascimento

25/08/78



Este documento é o comprovante da inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/02/00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

011790334-50

DATA DE EXPEDIÇÃO: 16.08.1999

JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA

PRINCIPAL

José Júlio Ferreira
Inacia Regina da Silva

NATURAL DA

Caruaru-PE

DATA DE NASCIMENTO

25.08.1973

DOC. NÚMERO:

C.N.2.154 L.A-1 F.267v, Cart.

= 2º Dist Cardapu-PE

CONFERIDA PELO DIRETOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

01-R-02

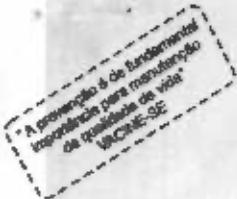


Não Alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

Acupuntura
Análise Clínicas
Angiologia
Alergologia
Biópsia
Cardiologia
Cardiovascular
Clínico Geral
Cirurgião Geral
Citologia e Colposcopia
Dermatologia
Ecocardiografia
Endocrinologia Infantil
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Endocrinologia
Geriatria
Gastroenterologia
Implantes Dentários
Neurologia
Neurologia infantil
Nutrição
Mastologia
Mammografia
Laboratório
Odontologia
Ortodontia
Otorrinolaringologia
Oftalmologia
Pediatria
Psicologia
Perinecopia
Raio X
Radiologia
Neumatolegia
Teste Ergométrico
Ultra-som
Urologia
Virologia
e outras especialidades



Centro Médico

GAPE

ID 10192506

Franildo Barros Gomes

Relatório médico

Percebi na sua visita se
admitiu neoplasias no
107-2017, tanto em consultas
para TMA em forma de bolhas,
onde foi feita ressecção
de 10 milis metros
por 02 (0170) dias, com
meus 02 os pés de
estudo neste momento
em 80% os dedos.



21/04/2019

CRM 16.777
Orthopedia e Clínica de Dolor
Dr. MURCIO LIMA

"NÃO COBRAMOS APARELHOS ORTODONTICOS"

Av. Cícero Campelo, 399 - Centro - CEP: 55.170-000 - Brejo da Madre de Deus - PE.

Fone: (81) 3747.1665

E-mail: atendimento@clinicagape.com.br - www.clinicagape.com.br



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TECI 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

NOME/CPF :

011.700.224-50

José dosuldo na Sra

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

CARNAU-PE | 08/06/18

DATA DA CIRURGIA:

09/06/18

HISTÓRIA CLÍNICA :

Amaçalé Mobachas com (115)
Explora - RESUMO EXPLORATIVO

Roxas (100% Roxas)

Av. Agamenon Magalhães N° 1116 - Mauricio de Nassau

Caruaru-PE

ortop.agreste@hotmail.com

81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM ☎



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

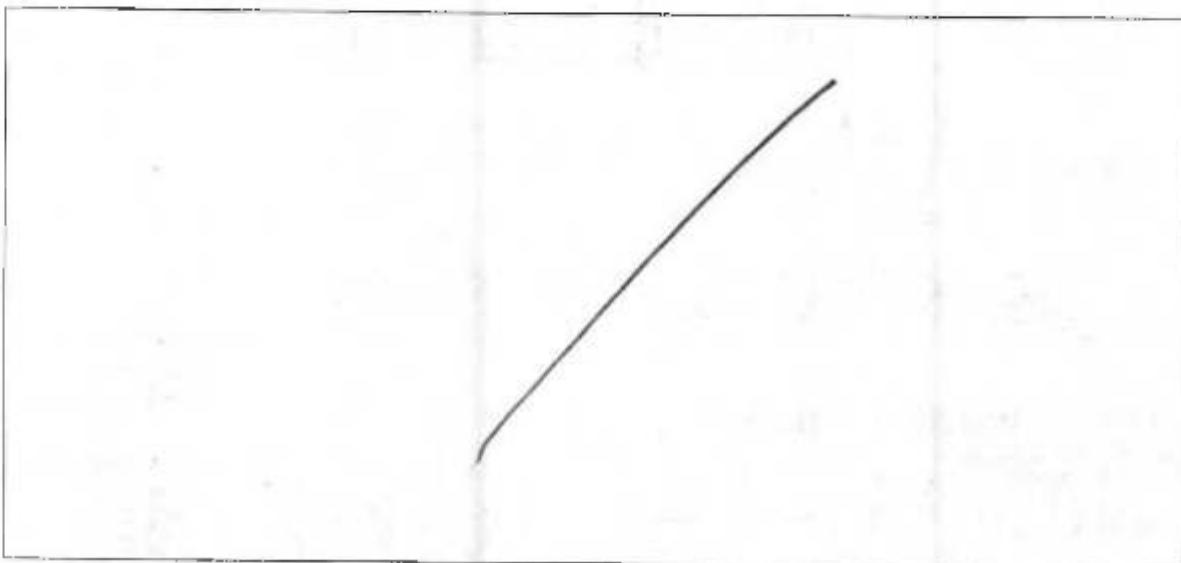
CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

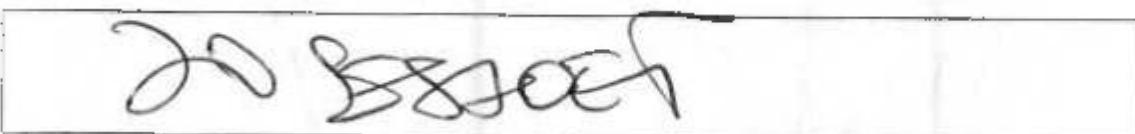


ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGreste



FISIOTERAPIA :



DATA DA ALTA MÉDICA :



DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA-TRAUMA

RECONSTRUÇÃO

CRM15582 - TEOT 13985

Av. Agamenon Magalhães N° 1116 - Mauricio de Nassau

Caruaru-PE

ortop.agreste@hotmail.com

81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM ©



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: JOSE JOSIVALDO DA SILVA		Prontuário: 1636289
Idade: 44 Anos 9 Meses 21 Dias	Sexo: Masculino	
Proc.:	Admissão no HR: 09/06/2018	
Adm. Clínica:	Alta: 20/06/2018	
Enfermaria /Leito: 720-L1		

<input checked="" type="checkbox"/> ALTA
<input type="checkbox"/> ÓBITO
<input type="checkbox"/> TRANSFERIR
<input type="checkbox"/> Outros:

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, DEU ENTRADA NO SERVIÇO APÓS 10 HORAS DO ACIDENTE, EVOLUINDO COM QUEIXA DE DOR EM MSE, DOR ABDOMINAL E HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIENCIA E 1 EPISÓDIO EMÉTICO NO MOMENTO DO ACIDENTE. FOI SUBMETIDO A UMA LE + ESPLENECTOMIA + PANCREATORRAFIA + DC (09/06/18). EVOLUIU HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL DURANTE O INTERNAMENTO, SEM USO DE DVA, COM BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR E DEAMBULANDO. POR APRESENTAR UMA LEUCOMETRIA EM ASCENSÃO, FEZ TAC DE ABDOMÉ COM CONTRASTE. APESAR DOS ACHADOS IMAGINOLÓGICOS, POR APRESENTAR BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E LEUCOMETRIA EM QUEDA EM SEGUITA, O PACIENTE ENCONTRA-SE APTO PARA ALTA HOSPITALAR.

EXAMES COMPLEMENTARES

(TODOS EM ANEXO)

TAC DE CRANIO
TAC DE COLUNA VERTEBRAL
TAC DE TÓRAX
TAC DE ABD COM CONTRASTE
RX DE TÓRAX

*TAC ABD COM CONTRASTE (18/06):

- 1) PEQUENA LAMINA DE LÍQUIDO LIVRE NO ESPAÇO PLEURAL A ESQUERDA
- 2) ÁREAS DE CONSOLIDAÇÃO NOS LOBOS INFERIORES, NOTADAMENTE A ESQUERDA E TAMBÉM NA LINGULA, ASSOCIADA A BRONCOGRAMAS AEROS E REALCE HOMOGÊNEO AO CONTRASTE. ESTES ACHADOS PODEM CORRESPONDER A ÁREAS DE ATELECTAS NO LOBO INFERIOR ESQUERDO, PROCESSO INFLAMATÓRIO/INFECIOSO PARTICIPA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- 3) EVIDENCIAMOS COLEÇÃO LÍQUIDA SUBFRÉNICA A ESQUERDA, EM TOPOGRAFIA DE LOJA ESPLÉNICA, DE LIMITES E CONTORNOS POUCO-DEFINIDOS, COM PEQUENA BOLHA DE AR NO SEU INTERIOR, SEM REALCE AO MEIO DE CONTRASTE, MEDINDO EM Torno DE 9,7X7,9X3,8CM (VOLUME APROXIMADO DE 152CM³). DESTACAMOS AINDA QUE A CAUDA DO PANCREAS ESTÁ LOCALIZADA NESSA TOPOGRAFIA, CIRCUNDADA PELA COLEÇÃO DESCrita, COLEÇÃO INFLAMATÓRIA/INFECIOSA É A PRINCIPAL DE CONSIDERAÇÃO.
- 4) IDENTIFICAMOS DENSIFICAÇÃO DOS PLANOS ADIPOSOS E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO NA LINHA MÉDIA, EM REGIÃO UMBILICAL E SUPRAUMBILICAL, COM PEQUENAS BOLHAS DE AR DE PERMEIO. ESTES ACHADOS PODEM ESTAR RELACIONADOS A PROCESSO INFECIOSO OU MANIPULAÇÃO CIRÚRGICA RECENTE (LAPAROTOMIA).

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGBOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, HIPOCORADO (+/+4), ANICTERICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL.

*ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S FC: 96BPM

*AR: MV + EM AHT, S/ RA FR: 201PM

*ABD: SEMIGLOBOSO, FLACIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM VMG, RHA+

*ETX: SEM EDEMA DE MMII, PULSOS SIMÉTRICOS

DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

Adalberto Guido de Araújo
Cláudio Gómez - CRM: 3879
CPF: 097.105.234-49

||=> cel 98873153
HQ 2º piso a d. 4

TRATAMENTO REALIZADO

(09/06/18): LE + ESPLENECTOMIA + PANCREATORRAFIA + DC.

ACHADOS: MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE; LESÃO ESPLÉNICA EM POLO INFERIOR GRAUR III SANGRANTE

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

ENCAMINHADO AO CRIE PARA VACINAÇÃO CONTRA GERMES ENCAPSULADOS
RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO DIA 25/06 ÀS 11H COM DR ADALBERTO GUIDO

MÉDICOS ASSISTENTES:

STTAF: DR ADALBERTO GUIDO
MR2: DRA IVANA AGUIAR
MR1: DR JOAO PAULO LIMA

Data: 20/06/2018

Dr. João Paulo Lima
MÉDICO
CREMEPE 24.793

ICARO TORRES LAGE - CRM: Nº.25002

Nome: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Idade: 40 Sexo: M
Médico: MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR
Procedência: SUS - INTERNACAO

Pedido: 463235
Data do Pedido: 17/06/2018 11:45:00
Data do Laudo:
Atendimento: 983586

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME TOTAL COM CONTRASTE

HISTÓRIA: Paciente vítima de trauma abdominal fechado prévio, sendo submetido a LE, evoluindo atualmente com leucocitose, segundo requisição médica.

COMPARAÇÃO: exames anteriores não disponíveis para análise comparativa.

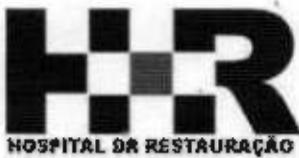
TÉCNICA: exame realizado em equipamento multislice, utilizando-se aquisição volumétrica com reconstrução de 1,5 mm de colimação antes, durante e após a administração do meio de contraste intravenoso.

ACHADOS:

1. Pequena lámina de líquido livre no espaço pleural à esquerda.
2. Áreas de consolidação nos lobos inferiores, notadamente à esquerda e também na língula, associadas à broncogramas aéreos e realce homogêneo ao contraste. Estes achados podem corresponder a áreas de atelectasia. No lobo inferior esquerdo processo inflamatório/infeccioso participa do diagnóstico diferencial.
3. Evidenciamos coleção líquida subfrênica à esquerda, em topografia de loja esplênica, de limites e contornos pouco definidos, com pequena bolha de ar no seu interior, sem realce ao meio de contraste, medindo em torno de 9,7 x 7,9 x 3,8 cm (volume aprox. de 152 cm³). Destacamos ainda que a cauda do pâncreas está localizada nesta topografia, circundada pela coleção descrita. Coleção inflamatória/infecciosa é a principal consideração.
4. Parênquima pancreático com realce homogêneo pós-contraste.
5. Identificamos densificação dos planos adiposos e do tecido celular subcutâneo na linha média, em região umbilical e supraumbilical, com pequenas bolhas de ar de permeio. Estes achados podem estar relacionados a processos infecciosos ou manipulação cirúrgica recente (laparotomia). Correlacionar com exame clínico.
6. Fígado, vias biliares, vesícula biliar, adrenais, rins, bexiga, próstata e vesículas seminais sem alterações dignas de nota por este método.
7. Segmentos intestinais com calibre e disposição habituais.
8. Baço não caracterizado (status pós-cirúrgico).
9. Aorta e VCI com dimensões e contornos normais.
10. Não identificamos linfonodomegalias.
11. Alterações degenerativas na coluna dorso-lombar, principalmente em L5-S1.
Laudo revisado por Dra. Taciana Andrade CRM 11844



ERICK ENRICO CRISPIM CAVALCANTE
25493



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE JOSIVALDO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1636289	ATENDIMENTO: 00983586
DATA DE NASCIMENTO: 25/08/1973	FOI ATENDIDO EM: 09/06/2018 ÀS	DATA DA ALTA: 20/06/2018 ÀS 09:02

Diagnóstico Provável:

TRAUMA ABDOMINAL SECUNDÁRIO A ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

Tratamento Realizado:

(09/06/18): LE + ESPLENECTOMIA + PANCREATORRAFIA + DC.
ACHADOS: MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE; LESÃO ESPLENICA EM POLO INFERIOR GRAU III SANGRANTE.

Observação:**Encaminhado para:**

- 1.ENCAMINHADO AO CITE PARA VACINAÇÃO CONTRA GERMES ENCAPSULADOS
- 2.RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO DIA 25/06 ÀS 11H

Dr. João Paulo Lima
MÉDICO
CREMEPE 24.793

ÍCARO TORRES LAGE - CRM/NP.25002

20
Recife, 25 JUNHO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

5.5.1.2.94.8

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Data Nascimento: 25/08/1973
Sexo: Masculino

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 14 Dias

Atendimento: 01122577
Prontuário: 00058850
Senha N.º: 0141

Data e Hora: 08/06/2018 17:43h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA TRAUMA NA COSTELA APOS QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE.
NEGA TRAUMA CABECA. NO MOMENTO APRESENTOU VARIOS EPISODIOS DE VOMITOS E PERCA DA CONSCIENCIA.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA
NEGA DM + HAS
DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:	Altura:	Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 73 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 52 MMHG	Freq. Cardiaca:
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM	HGT:	

QPD / HDA:

PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 10 HORAS DE EVOLUÇÃO, APRESENTOU SINCOPE EM 2 OPORTUNIDADES E VOMITOS, COM DOR NO MSE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Exame Físico:

EGR COTE EUPNEICO NORMOCORADO HIDRATADO
AR: MV+ SRA
ACR: RCR 2T BNF S/S

Exames complementares:

HD:
TCE

Neurotrauma
HR - 5443807

Conduta:

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

Evolução:

Dr. Silas Xavier
Médico
CRM/PE: 24480

Ass. do Médico

Dr(a): SILAS EMANUEL SOUZA XAVIER CORRÉIA

ARUANA SEGURADORA



PREFEITURA DE
CARUARU

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CARUARU

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rua dos Guararapes, 50 - Centro - Caruaru - Pernambuco



Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Mãe: INACIA R. DA SILVA

Dt. Nascimento: 25/08/1973

Procedência: USF ITAUNA

Solicitante: DR GUILHERME GARCIA SAMPAIO

Pedido: 77-26

CNS: _____

Impresso por: KAROL - 19/07/2018 14:18:12

PROTEÍNA C REATIVA

RESULTADO: 4,0 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

< 6,0 mg/dL

Material: SORO

Data coleta : 16/07/2018 12:17

Método:

Liberado por: Vohnson F. M. de Miranda - CRF 1883

Data liberação: 16/07/2018 15:45

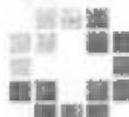


Dr. Vohnson F M de Miranda
Farmacêutico-Bioquímico
CRF: 1883

Ensaios com materiais coletados em dia, horários e metodologias diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais.
Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.



Sistema
Único de Saúde



Eurúrgica
7.03
HOSPITAL
MESTRE VITALINO

Hospital do
Tricentenário

Prontuário:	58468	Data do Pedido:	22 de Setembro de 2018
Nome:	JOSE JOSIVALDO DA SILVA	Data do Exame:	24 de Setembro de 2018
Pedido:	101371		
Médico Solicitante:	THIAGO CESAR FERNANDES GOMES		
Setor:	EMERGÊNCIA ADULTO		
Idade:	45a 0m 30d	Exame:	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELEVE OU BACIA/ ABDOMEN
	INFERIOR		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDÔMEN TOTAL

TÉCNICA:

A tomografia computadorizada foi efetuada através da técnica multislice. Os cortes foram realizados sem injeção endovenosa de contraste.

COMENTÁRIOS:

Figado, pâncreas e baço com volume, contornos e densidades normais.

Vesícula biliar distendida com importante borramento da gordura perivesicular difusamente principalmente em sua poção mais inferior junto ao colón ascendente.

Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Rins situação e dimensões normais sem litíase ou hidronefrose.

Distribuição enterocólica normal.

Bexiga de volume habitual.

Impressão Diagnóstica:

1. Vesícula biliar distendida com importante borramento da gordura perivesicular. Avaliar como hipótese mais provável Colecistite aguda.

ANDRÉ PINTO DA SILVEIRA
CRM: 11456



PREFEITURA DE
CARUARU

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CARUARU
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua dos Guararapes, s/n - Centro - Caruaru - Pernambuco



Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Mãe: INACIA R. DA SILVA
Dt. Nascimento: 25/08/1973
Procedência: USF ITAUNA
Solicitante: DR GUILHERME GARCIA SAMPAIO

Pedido: 77-26
CNS: _____
Impresso por: KAROL - 19/07/2018 14:18:12

AMILASE

RESULTADO: 70,00 U/I

VALORES DE REFERÊNCIA:
25,0 a 115,0 U/I

Material: SORO
Data coleta : 16/07/2018 12:17:00
Método: Cinética Bicromática

Liberado por: Tiago Ferreira Gomes - CRBM 2271

Data liberação: 16/07/2018 13:56



Dr. Tiago Ferreira Gomes
Biomédico
CRBM: 2271

Ensaios com materiais coletados em dia, horários e metodologias diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais.
Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Oitavaria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo da 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](http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636)

A Circular Susep 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 sobre a profissão e da fonte 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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, TAMBÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIS GRANDE DE ARAUJO,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 366.055.134-16, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSÉ JOSÉ VALDO DAS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 011.793.334-50,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima JOSÉ JOSÉ VALDO DAS SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o N° 011.793.334-50, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço:	R COLONIA	Número:	45	Complemento:
Bairro:	MAURICIO DE NASCIMENTO	Cidade:	CARUARU	Estado: PE CEP: 55012-260
E-mail:	MSSEGURU.5AVI01@GMAIL.COM			Tel.(DDD): 81-9832-9777

Local e Data: CARUARU - PE 8 JANEIRO DE 2019

MARIS GRANDE DE ARAUJO
Assinatura do Declarante





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FRANCISCO - BUM. - 909157 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6336914 MATR/2019
MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO		
R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260		
INSCRIÇÃO: 041.541.310 0189.000 GRUPO: 3 DIL AUTOMATICO. ID: 0336914		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVE	RESIDENCIAL QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO A63P002937	DATA LEIT. ANTERIOR 22/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 26/03/2019 TIPO DE CONSUMO (AVE) REAI

ÁGUA:

LEIT ANT: 1598 CONSUMO: 19
LEIT ATU: 1617
LEIT FAT: 1617

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

02/2019	17	PAÍSES RUS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
01/2019	06	TURB (DEZ)	166	160	169
12/2018	13	COR APARENTE	166	163	118
11/2018	20	CLORO RESIDUAL	166	163	169
10/2018	16	COLI. TOTAIS	166	169	158
09/2018	09	E. COLI	166	169	169

MÉDIA: 14

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE	36 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	9 M3	42,66
MULTA P/IMPONTRIA IDACE 02/2019		1,48
JUROS DE MORA 05/2018 08/2018 09/2018 11/2018		1,93

ARUANA SEGUROADORA



Tarifa Societ de Energia Elétrica Criada pela lei 10.488, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José da Barreto, 111, Bax. Vila, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ: 10.035.030/0001-81 | Fone: 3031940-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSÉ ALVA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
RUA RUA VISTA L.

CPF: 060 369 324-35 NIS: 16389080944

ITACURUBI
ALCARUPE
45018-290

CLASSIFICAÇÃO:

B1 - RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monófase

TIPO DE FATURA	Nº DO	PERÍODO	Nº DA FATURA
TRIMESTRAL	UNICA	04/10/2018	2014508242
ANUALIZADA		04/10/2018	781404

CONTA CONTRATO: 7019931484
PERÍODO: 10/2018
DATA DE VENDIMENTO: 11/10/2018
DATA DE PAGAMENTO: 06/11/2018
VALOR A PAGAR: 40,80

INFORMAÇÃO NA NOTA FISCAL:
Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contato: 0800-721-1111

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0,00762021	5,40
70.0000700	0,01257780	21,95
12.0000000	0,07236025	2,18
		3,27
		4,46

TOTAL DA FATURA: 40,80

DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO - NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUSÃO	DATA LEITURA	DATA LERDA	DATA	Nº DE CONTA	AUGUSTO	CONSUMO (KWH)
Y4133	CAT	04-2018	9.581,00	04-10-2018	9.579,00	0	1.000,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO							
Mês(s) Ant.		DATA DE	VALOR DE	Consumo Ativo (kWh)	VALOR DE	Consumo Ativo (kWh)	VALOR DE
OUT17	112						
SET18	140						
AGO18	128						
JUL18	127						
JUN18	161						
MAR18	149						
ABR18	148						
MAY18	134						
JUN18	152						
JUL18	160						
JUL18	160						
AGO18	158						
SET18	98						

Consumo Ativo (kWh) - Consumo Ativo (kWh) a 30 até 100 kWh - Consumo Ativo (kWh) a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo (kWh) - Consumo Ativo (kWh) a 30 até 100 kWh - Consumo Ativo (kWh) a 100 até 220 kWh

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

Este documento é emitido por meio de sistema eletrônico e é considerado válido para todos os efeitos legais. Não é necessário assinatura física. O cliente é responsável por todas as informações contidas neste documento. Ele deve ser armazenado e conservado por pelo menos 05 (cinco) anos. Caso haja alguma dúvida quanto ao conteúdo deste documento, o cliente deve entrar em contato com a Celpe Recôncavo, que poderá fornecer esclarecimentos. Este documento não pode ser reproduzido sem a autorização escrita da Celpe Recôncavo. Faz parte do sistema de gerenciamento de consumo da Celpe Recôncavo. O cliente é responsável por todas as informações contidas neste documento, que deve ser armazenado e conservado por pelo menos 05 (cinco) anos. Caso haja alguma dúvida quanto ao conteúdo deste documento, o cliente deve entrar em contato com a Celpe Recôncavo, que poderá fornecer esclarecimentos. Este documento não pode ser reproduzido sem a autorização escrita da Celpe Recôncavo.

CELESTE AVISA: INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Consulte seu extrato mensal ou entre no site da Celpe Recôncavo para mais informações.

Conta	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916
-------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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: 033.790.334-50 4 - Nome completo da vítima: JOSE IBIVARDO DA SILVA

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSE IBIVARDO DA SILVA 6 - CPF: 033.790.334-50
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: Rua Boa Vista
 11 - Bairro: ITAUNA 12 - Cidade: Curaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 550180-000
 15 - E-mail: MSSEGURAO.JAUSIN@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 85.32216-6970
 17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 18 - Nome completo do Representante Legal:
 19 - CPF do Representante Legal:
 20 - 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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA 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 (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO - 237

AGÊNCIA: []

CONTA: []

[Inserir o dígito se existir]

[Inserir o dígito se existir]

AGÊNCIA: []

CONTA: []

[]

[Inserir o dígito se existir]

[Inserir o dígito se existir]

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.



MARCOS ROBERTO DE LIMA

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

065.799.804-43

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

MARCOS ROBERTO DE LIMA

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

40 - Local e Data, CURAU - 23 de Agosto de 2019

38 - 1º | Nome: FRANCISCO DESTIVO ALVES

CPF: 033.420.514-00

Franca Alves Gustavo Alves

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CPF: 079.577.824-92

Marcio Jose Venus da Silva

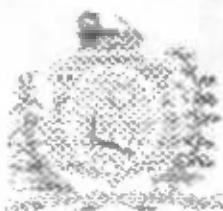
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC nº 111111111/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTIMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107°CIRC DINTER1/17°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0197001035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/12/2018 às 17:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpação (Condução alcoolizada)
que aconteceu no dia 05/12/2018 às 06:30

Fato ocorrido na endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1.
RODOVIA PE 146 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO
ACESSO PARA O SITIO POCOS.
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
MARCIO JOSE VENUS DA SILVA (OUTRO)
JOSE JOSIVALDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
Sr(a): JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nascimento: 19/07/1973 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 84337933000PE (RG). 01775833422 (DPIF) Estado Civil: AMATIZADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 81988235243

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO DE ITAÚNA - CEP: 56660-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO CEMITÉRIO.

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nascimento: INEXISTENTE
Naturalidade: INEXISTENTE Data de Nascimento: 00/00/0000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCIO JOSE VENUS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nascimento: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: N/A Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



2

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARCIO JOSE VENUS DA SILVA, que reside em posse do(a) Sr(a): JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO Objeto apreendido: N/A
Cor: BRANCA - (Localidade e Período não informada)

Placa: KHT 8111 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 952244133 Chassi:
AC2M0340000490316

Ano Fabricação/Modelo: 2005/2006 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

AFIRMA A VÍTIMA, QUE NA DATA E HORA SUPRA, GUIAVA A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA ESTADUAL PE 148, SENTIDO O DISTRITO DE FAZENDA NOVA, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO ACESSO AO SITIO POCOS, UM CACHORRO FASCOU EM FREnte A SUA MOTO, O QUE FEZ A VÍTIMA ACIONAR O FREIO, VINDO COM ISSO A BERRAPAR E CAIR. RELATA QUE, APESAR DAS DORES APÓS A QUEDA, LEVANTOU, LIGOU A MOTO, E FOI PARA CASA, SENDO QUE POR VOLTA DAS 15:00H SENTIU A NECESSIDADE DE IR PARA O MÉDICO, OCASIÃO EM QUE FOI FÁR CARUARU. NADA MAIS DISSE.

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

X
JOSE JOSIVALDO DA SILVA
(VÍTIMA)

S.O. registrado por AGENTE CIVIL: RENÉES NUNES - Matrícula: 3306521



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: 033.790.334-50 4 - Nome completo da vítima: JOSE IBIVARDO DA SILVA

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSE IBIVARDO DA SILVA 6 - CPF: 033.790.334-50
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: Rua Boa Vista
 11 - Bairro: ITAUNA 12 - Cidade: Curaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 550180-000
 15 - E-mail: MSSEGURAO.JAUSIN@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 85.32216-6973
 17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 18 - Nome completo do Representante Legal:
 19 - CPF do Representante Legal:
 20 - 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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA 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 (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO - 237

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.



MARCOS ROBERTO DE LIMA

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

065.799.804-43

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

MARCOS ROBERTO DE LIMA

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

40 - Local e Data, CURAU - 23 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC nº 111111111/2019

TESTIMUNHAS

38 - 1º | Nome: FRANCISCO COSTRIBO ALVES

CPF: 033.420.514-00

Franca e Gustavo Alves

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CPF: 079.577.824-42

Chacrin José Venus da Silva

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190608106 **Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

Data do Acidente: 08/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

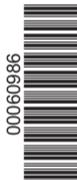
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190608106

Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014555/19

Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

CPF: 011.790.334-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA : 011.790.334-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vitima beneficiária)

NOME: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
RG: 64397263, CPF: 07729033950 EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR.
END: RUA BOA VISTA N° 12,
BA ITAUNA CIDADE BREJO DA M. DEUS, UF: PE.

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARCOS ROBERTO DE LIMA
RG: 2983963, CPF: 38605873419 EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
END: RUA COLOMBIA N° 43,
BA MAURICIO DE NASSAU CIDADE CARUARU, UF: PE

Pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a Segurador Líder dos Consorcio do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
CPF: 014.790.334-50

Data do acidente: 08 / 06 / 2018

Nome do ROGO: MARCOS ROBERTO DE LIMA
RG: 6437775, CPF: 065799804-43
END: RUA DOM PEDRO I, N° 279 BAIRRO: FAZENDA NOVA
CIDADE BREJO DA M. DEUS, UF: PE

TESTEMUNHAS:

Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES
CPF: 033420514-00 RG: 61875
END: TV 1 EST MARINAS, N° 770, BAIR: Faz. NOVA CDD: BREJO M. DEUS UF: PE
Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA
CPF: 079522824-42 RG: 7591653
END: RUA BOA VISTA, N° 5/N, BAIR: VILA ITAUNA CDD: BREJO M. DEUS UF: PE

* MARCOS Roberto de Lima

(ASSINATURA DO ROGO, Reconhecer firma por

autenticidade)

Franisco Justino Alves

DA TESTEMUNHA

(ASSINATURA

1) MARCOS ROBERTO DE LIMA

(ASSINATURA DA

TESTEMUNHA 2)

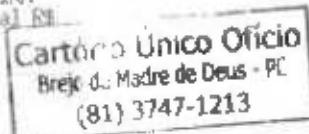
BREJO DA MARE DE DEUS, 27 de NOVEMBRO de 2018

(LOCAL E DATA)

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelião Oficial | Av. Cleto Campelo, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARCOS ROBERTO DE LIMA Dou
fá, 27 de novembro de 2018 ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA -
OFICIAL Encargos: R\$ Ferc R\$ 0,40 Tarr R\$ Total R\$
4,79 Salto:00/00 ATM 1201802.00300.

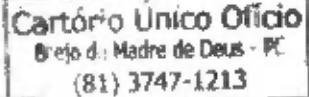


"Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sefodigital"

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelião Oficial | Av. Cleto Campelo, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade as firmas de FRANCISCO JUSTINO ALVES
MARCIO JOSE VENUS DA SILVA Dou fá, 27 de novembro de 2018 ROZANIA
MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL Encargos: R\$
Ferc R\$ 0,80 Tarr R\$ Total R\$ 9,58 Salto:00/00 ATM 1201802.00300,
0073437.EZB1201802.00304.



"Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sefodigital"



TESTE MUNHA (1)

14/01/2019

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.535.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSE VALTER COSTA
CPF: 067.322.434-02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 1 ESTR MANDASSAIA 110

FAZENDA NOVA RURAL/FAZENDA NOVA
55170-000 BREJO DA MADRE DE DEUS PE

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

DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

79,56

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

044023833

CONTA CONTRATO

007027174935

Nº DO CLIENTE
2001679148Nº DA INSTALAÇÃO
0000469292

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

53B3.0062.1C03.AC0B.7EFA.16F4.5D9E.E180

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	140,00	0,51712484	72,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 038375644-22/10/18			0,67
Multa por atraso-NF 038375644 - 22/10/18			1,81
Multa por atraso-NF 040072375 - 22/11/18			1,71
Juros por atraso-NF 040072375 - 22/11/18			0,59
Juros por atraso-NF 038375644 - 22/10/18			0,87
Atualização IGPM-NF 040072375 - 22/11/18			0,31
Atualização IGPM-NF 038375644 - 22/10/18			0,89
TOTAL DA FATURA			79,56

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
72,81	29,00	19,22	72,81	0,78	0,57	72,81	3,61	2,63

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,51712484

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
DEZ	18	140
NOV	18	157
OUT	18	156
SET	18	118
AGO	18	111
JUL	18	108
JUN	18	96
MAI	18	100
ABR	18	98
MAR	18	116
FEV	18	126
JAN	18	135
DEZ	17	141

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	23,82	31,97
Transmissão	5,41	4,88
Distribuição (Celpe)	18,84	21,86
Encargos Faturáveis	4,10	5,22
Tributos	21,42	29,34
Perdas de Energia	5,62	6,99
TOTAL	72,39	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

INTERRUPÇÃO	COMUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIG-No de horas sem Energia	CAMPUS	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DIGC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	6,06	12,09
DIGR-Duração de Interrupção em dia úteis			Límite DBCRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,00					
Total Comunicador pode exibir outras mensagens de indicações DIG, FIC, DMC e DIGR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia mas rainha generico - av. clóvis campelo 212 centro / farmácia São Judas fadul - av. hibisco de queiroz campos 126 centro/Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual vs do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês.
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 31,01.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	-20%	+24%

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
http://www.celpe.com.br/contacontrato/007027174935				Este canhoto será usado em leitora ótica.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Unida pela Lei nº 10.418, de 29/04/2002
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. Juá de Barros, 151 - Bixiga - Recife - Pernambuco - CEP 51020-002
 CNPJ: 10.835.802/0011-06 | Ins. Est. 0002943-88 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSÉ VALTER COSTA

CPF: 067 322 434-02
 CLASSIFICAÇÃO:

B2 RURAL
 AGROPECUÁRIA RURAL
 Monofásico

DATA DE REFERÊNCIA	SEME	ESTADO
01/01/2018	LEIA	PERNAMBUCO
27/02/2018	LEIA	PERNAMBUCO
20/03/2018	LEIA	PERNAMBUCO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 TV 1 ESGT MANDASSAIA 110

FAZENDA NOVA RURAL FAZENDA NOVA
 BREJO DA MARE DE DEUS PE
 53170-000

DATA DE REFERÊNCIA	MESMO
7027174935	02/2018
27/02/2018	21/03/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
1,00 CÓDIGO 000	0,48811917	58,91
		0,81
		7,48
		0,87
		0,63

Consumo Ativo (Wh):
 ICMS Subvenção: CD-NF 002637748-22/12/17
 Multa por atraso-NF: 002637748-22/12/17
 Juros por atraso-NF: 002637748-22/12/17
 Abatimento: ICPM-NF 002637748-22/12/17

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO INGRESSO	DATA DE EMISSÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	INFO. CONSUMANTE	ALISTE	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
HOM1727	20/03/2018	0.850,00	0.850,00	20/03/2018	0.857,00	20	1.000,00	1.000,00	63,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		VALORES DE REFERÊNCIA		COMPRISSÃO DO CONSUMO	
MES/ANO	VALOR	MES/ANO	VALOR	MES/ANO	VALOR
FEV-18	128	ICMS	0,00	GEN	18,77
MAR-18	139	PIS	0,00	Transf.	1,77
ABR-18	141	Cofins	0,00	Reajuste do Ribeiro	14,42
MAY-18				Fev des da mesma	4,38
JUN-18				Desconto Fazendista	8,31
JUL-18				Transf. fev	16,85
AGO-18					26,75
SET-17					0,00
OUT-17					
NOV-17					
DEC-17					
JAN-18					
FEB-18					
MAR-18					
ABR-18					
MAY-18					
JUN-18					
JUL-18					
AGO-18					
SET-18					
OUT-18					
NOV-18					
DEC-18					
JAN-19					
FEB-19					
MAR-19					
ABR-19					
MAY-19					
JUN-19					
JUL-19					
AGO-19					
SET-19					
OUT-19					
NOV-19					
DEC-19					
JAN-20					
FEB-20					
MAR-20					
ABR-20					
MAY-20					
JUN-20					
JUL-20					
AGO-20					
SET-20					
OUT-20					
NOV-20					
DEC-20					
JAN-21					
FEB-21					
MAR-21					
ABR-21					
MAY-21					
JUN-21					
JUL-21					
AGO-21					
SET-21					
OUT-21					
NOV-21					
DEC-21					
JAN-22					
FEB-22					
MAR-22					
ABR-22					
MAY-22					
JUN-22					
JUL-22					
AGO-22					
SET-22					
OUT-22					
NOV-22					
DEC-22					
JAN-23					
FEB-23					
MAR-23					
ABR-23					
MAY-23					
JUN-23					
JUL-23					
AGO-23					
SET-23					
OUT-23					
NOV-23					
DEC-23					
JAN-24					
FEB-24					
MAR-24					
ABR-24					
MAY-24					
JUN-24					
JUL-24					
AGO-24					
SET-24					
OUT-24					
NOV-24					
DEC-24					
JAN-25					
FEB-25					
MAR-25					
ABR-25					
MAY-25					
JUN-25					
JUL-25					
AGO-25					
SET-25					
OUT-25					
NOV-25					
DEC-25					
JAN-26					
FEB-26					
MAR-26					
ABR-26					
MAY-26					
JUN-26					
JUL-26					
AGO-26					
SET-26					
OUT-26					
NOV-26					
DEC-26					
JAN-27					
FEB-27					
MAR-27					
ABR-27					
MAY-27					
JUN-27					
JUL-27					
AGO-27					
SET-27					
OUT-27					
NOV-27					
DEC-27					
JAN-28					
FEB-28					
MAR-28					
ABR-28					
MAY-28					
JUN-28					
JUL-28					
AGO-28					
SET-28					
OUT-28					
NOV-28					
DEC-28					
JAN-29					
FEB-29					
MAR-29					
ABR-29					
MAY-29					
JUN-29					
JUL-29					
AGO-29					
SET-29					
OUT-29					
NOV-29					
DEC-29					
JAN-30					
FEB-30					
MAR-30					
ABR-30					
MAY-30					
JUN-30					
JUL-30					
AGO-30					
SET-30					
OUT-30					
NOV-30					
DEC-30					
JAN-31					
FEB-31					
MAR-31					
ABR-31					
MAY-31					
JUN-31					
JUL-31					
AGO-31					
SET-31					
OUT-31					
NOV-31					
DEC-31					
JAN-32					
FEB-32					
MAR-32					
ABR-32					
MAY-32					
JUN-32					
JUL-32					
AGO-32					
SET-32					
OUT-32					
NOV-32					
DEC-32					
JAN-33					
FEB-33					
MAR-33					
ABR-33					
MAY-33					
JUN-33					
JUL-33					
AGO-33					
SET-33					
OUT-33					
NOV-33					
DEC-33					
JAN-34					
FEB-34					
MAR-34					
ABR-34					
MAY-34					
JUN-34					
JUL-34					
AGO-34					
SET-34					
OUT-34					
NOV-34					
DEC-34					
JAN-35					
FEB-35					
MAR-35					
ABR-35					
MAY-35					
JUN-35					
JUL-35					
AGO-35					
SET-35					
OUT-35					
NOV-35					
DEC-35					
JAN-36					
FEB-36					
MAR-36					
ABR-36					
MAY-36					
JUN-36					
JUL-36					
AGO-36					
SET-36					
OUT-36					
NOV-36					
DEC-36					
JAN-37					
FEB-37					
MAR-37					
ABR-37					
MAY-37					
JUN-37					
JUL-37					
AGO-3					



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

61835

Série 120



~~Assinatura do Portador~~

ES2-14

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Francisco Justino Alves

Loc. Nasc.

Feliz Jardim

Est. PE

Data 25.12.1977

Filiação

Mario Justino Alves

Concilio

Doc. N° RG 5709-569 - SDS/PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°

Exp. em / / Estado

Obs:

Data Emissão 03.09.14. SRTE

AGÊNCIA 4º BLOCO
SINDECTUCAU
insc.

Assinatura do Funcionário



ALTERAC
(Com relação:

Nome

Doc.

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal

Colégio de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

033.420.514-00

Nome

FRANCISCO JUSTINO ALVES

Nascimento

25/12/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.395.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



Группа Несколько

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5598
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARINALVA GOMES DA SILVA CPF: 370.784.344-15	DATA DE VENCIMENTO 11/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/01/2019	CONTA CONTRATO 002710355013
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA BOA VISTA VILA ITAUNA/ITAUNA 55018-290 CARUARU PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 80,03	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/01/2019	Nº DO CLIENTE 2902502225
CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO		2AEF.E58D.484D.AC0E.12CA.ED20.44B6.30D2	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MÉTODOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		WF DIAS	CONSUMANTE	AJUSTE	CONSUMO WFs
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MA46107	CAT	07/12/2010	20.946,00	04/01/2010	21.031,00	28	1.000,00	0,00	100,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CÓMUTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
Nov/2018								
DIC-No. de horas sem Energia		4,08	6,31	10,62	21,20			
FIC-No. de vezes sem Energia		3,89	3,30	6,00	12,20			
DIFC-Duração média de Interrupção contínuas		2,04	3,09	6,00	0,00			
DICRI-Duração da Interrupção até os critérios			Limites DICRI: 12,22					
ExUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,80								
<i>Nota: Considerar período trabalhado e armazenar das Indicações DIC, FIC, DIFC e DICRI a seguir para fechar o balanço de energia.</i>								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto da vocal cb intermediação de negócios l: avenida isao dourado sao francisco / mg
de lima - mercado - me: sua brasiliense cordelio de oliveira sao franciscolistas completa em www.celpo.com.br.
No débito de fatura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.anefc.gov.br.
O cliente é compensado quando h<á violação na confidencialidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Págto. em atraso gera multa 2% (Res.144/ANEEL), Juros 1,00%ml (41.40.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando h<á descumprimento do prazo definido para as pedreiras de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturaamento,
ou seja, após 24 meses de encerramento.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	234
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

ESTATE PLANNING

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002710355013	01/2019	80,03	11/01/2019	<p style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Esta canhoto será usado em leitora ótica.</p>



Tarifa Social de Energia Elétrica: Gladys para cel 10452, de 28/08/02
NOTA FISCAL - NATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. Juiz de Barros, 111, Bld. Vila Recife, Pernambuco - CEP 50050-001
CNPJ 11.035.932/0001-08 | Inf. Ev 000943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIVALVA GOMES DA SILVA

CPF: 379.784.344-15

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monobloco

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	ENDEREÇO
011017201	UNI. A	UNIVERSIT. P.
APRESENTAÇÃO	Nº ANO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
100.000.000	000000000000	000000000000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BOA VISTA

VILA ITAUNA/TALUCA
CARuarupe
55018-250

CONTA CONTRATO		MÊS/ANO
2710355013	08/2016	CATA PREVISTA PRÓXIMA LOTADA
DATA DE VENCIMENTO	11/08/2016	02/09/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)		71,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
107.00000000	0,63175000	67,54
		3,80
		0,52

TOTAL DE FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA MENGAD	ANTERIOR	AUTENTICO	DATA	LEITURA	Nº DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO R/H
0046462	CAT	000000000000	18.421,00	00/08/2016	18.528,00	00	0,00	107,86

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	VALOR (R\$)
JUN16 107	107,86
JUL16 116	107,86
AGO16 127	107,86
SETE16 108	107,86
SET16 109	107,86
NOV16 127	107,86
DEZ16 108	107,86
JAN17 108	107,86
FEB17 108	107,86
MAR17 108	107,86
ABR17 108	107,86
MAY17 108	107,86
JUN17 108	107,86
JUL17 108	107,86
AGO17 108	107,86
SETE17 108	107,86
NOV17 108	107,86
DEZ17 108	107,86
JAN18 108	107,86
FEB18 108	107,86
MAR18 108	107,86
ABR18 108	107,86
MAY18 108	107,86
JUN18 108	107,86
JUL18 108	107,86
AGO18 108	107,86
SETE18 108	107,86
NOV18 108	107,86
DEZ18 108	107,86
JAN19 108	107,86
FEB19 108	107,86
MAR19 108	107,86
ABR19 108	107,86
MAY19 108	107,86
JUN19 108	107,86
JUL19 108	107,86
AGO19 108	107,86
SETE19 108	107,86
NOV19 108	107,86
DEZ19 108	107,86
JAN20 108	107,86
FEB20 108	107,86
MAR20 108	107,86
ABR20 108	107,86
MAY20 108	107,86
JUN20 108	107,86
JUL20 108	107,86
AGO20 108	107,86
SETE20 108	107,86
NOV20 108	107,86
DEZ20 108	107,86
JAN21 108	107,86
FEB21 108	107,86
MAR21 108	107,86
ABR21 108	107,86
MAY21 108	107,86
JUN21 108	107,86
JUL21 108	107,86
AGO21 108	107,86
SETE21 108	107,86
NOV21 108	107,86
DEZ21 108	107,86
JAN22 108	107,86
FEB22 108	107,86
MAR22 108	107,86
ABR22 108	107,86
MAY22 108	107,86
JUN22 108	107,86
JUL22 108	107,86
AGO22 108	107,86
SETE22 108	107,86
NOV22 108	107,86
DEZ22 108	107,86
JAN23 108	107,86
FEB23 108	107,86
MAR23 108	107,86
ABR23 108	107,86
MAY23 108	107,86
JUN23 108	107,86
JUL23 108	107,86
AGO23 108	107,86
SETE23 108	107,86
NOV23 108	107,86
DEZ23 108	107,86
JAN24 108	107,86
FEB24 108	107,86
MAR24 108	107,86
ABR24 108	107,86
MAY24 108	107,86
JUN24 108	107,86
JUL24 108	107,86
AGO24 108	107,86
SETE24 108	107,86
NOV24 108	107,86
DEZ24 108	107,86
JAN25 108	107,86
FEB25 108	107,86
MAR25 108	107,86
ABR25 108	107,86
MAY25 108	107,86
JUN25 108	107,86
JUL25 108	107,86
AGO25 108	107,86
SETE25 108	107,86
NOV25 108	107,86
DEZ25 108	107,86
JAN26 108	107,86
FEB26 108	107,86
MAR26 108	107,86
ABR26 108	107,86
MAY26 108	107,86
JUN26 108	107,86
JUL26 108	107,86
AGO26 108	107,86
SETE26 108	107,86
NOV26 108	107,86
DEZ26 108	107,86
JAN27 108	107,86
FEB27 108	107,86
MAR27 108	107,86
ABR27 108	107,86
MAY27 108	107,86
JUN27 108	107,86
JUL27 108	107,86
AGO27 108	107,86
SETE27 108	107,86
NOV27 108	107,86
DEZ27 108	107,86
JAN28 108	107,86
FEB28 108	107,86
MAR28 108	107,86
ABR28 108	107,86
MAY28 108	107,86
JUN28 108	107,86
JUL28 108	107,86
AGO28 108	107,86
SETE28 108	107,86
NOV28 108	107,86
DEZ28 108	107,86
JAN29 108	107,86
FEB29 108	107,86
MAR29 108	107,86
ABR29 108	107,86
MAY29 108	107,86
JUN29 108	107,86
JUL29 108	107,86
AGO29 108	107,86
SETE29 108	107,86
NOV29 108	107,86
DEZ29 108	107,86
JAN30 108	107,86
FEB30 108	107,86
MAR30 108	107,86
ABR30 108	107,86
MAY30 108	107,86
JUN30 108	107,86
JUL30 108	107,86
AGO30 108	107,86
SETE30 108	107,86
NOV30 108	107,86
DEZ30 108	107,86
JAN31 108	107,86
FEB31 108	107,86
MAR31 108	107,86
ABR31 108	107,86
MAY31 108	107,86
JUN31 108	107,86
JUL31 108	107,86
AGO31 108	107,86
SETE31 108	107,86
NOV31 108	107,86
DEZ31 108	107,86
JAN32 108	107,86
FEB32 108	107,86
MAR32 108	107,86
ABR32 108	107,86
MAY32 108	107,86
JUN32 108	107,86
JUL32 108	107,86
AGO32 108	107,86
SETE32 108	107,86
NOV32 108	107,86
DEZ32 108	107,86
JAN33 108	107,86
FEB33 108	107,86
MAR33 108	107,86
ABR33 108	107,86
MAY33 108	107,86
JUN33 108	107,86
JUL33 108	107,86
AGO33 108	107,86
SETE33 108	107,86
NOV33 108	107,86
DEZ33 108	107,86
JAN34 108	107,86
FEB34 108	107,86
MAR34 108	107,86
ABR34 108	107,86
MAY34 108	107,86
JUN34 108	107,86
JUL34 108	107,86
AGO34 108	107,86
SETE34 108	107,86
NOV34 108	107,86
DEZ34 108	107,86
JAN35 108	107,86
FEB35 108	107,86
MAR35 108	107,86
ABR35 108	107,86
MAY35 108	107,86
JUN35 108	107,86
JUL35 108	107,86
AGO35 108	107,86
SETE35 108	107,86
NOV35 108	107,86
DEZ35 108	107,86
JAN36 108	107,86
FEB36 108	107,86
MAR36 108	107,86
ABR36 108	107,86
MAY36 108	107,86
JUN36 108	107,86
JUL36 108	107,86
AGO36 108	107,86
SETE36 108	107,86
NOV36 108	107,86
DEZ36 108	107,86
JAN37 108	107,86
FEB37 108	107,86
MAR37 108	107,86
ABR37 108	107,86
MAY37 108	107,86
JUN37 108	107,86
JUL37 108	107,86
AGO37 108	107,86
SETE37 108	107,86
NOV37 108	107,86
DEZ37 108	107,86
JAN38 108	107,86
FEB38 108	107,86
MAR38 108	107,86
ABR38 108	107,86
MAY38 108	107,86
JUN38 108	107,86
JUL38 108	107,86
AGO38 108	107,86
SETE38 108	107,86
NOV38 108	107,86
DEZ38 108	107,86
JAN39 108	107,86
FEB39 108	107,86
MAR39 108	107,86
ABR39 108	107,86
MAY39 108	107,86
JUN39 108	107,86
JUL39 108	107,86
AGO39 108	107,86
SETE39 108	107,86
NOV39 108	107,86
DEZ39 108	107,86
JAN40 108	107,86
FEB40 108	107,86
MAR40 108	107,86
ABR40 108	107,86
MAY40 108	107,86
JUN40 108	107,86
JUL40 108	107,86
AGO40 108	107,86
SETE40 108	107,86
NOV40 108	107,86
DEZ40 108	107,86
JAN41 108	107,86
FEB41 108	107,86
MAR41 108	107,86
ABR41 108	107,86
MAY41 108	107,86
JUN41 108	107,86
JUL41 108	107,86
AGO41 108	107,86
SETE41 108	107,86
NOV41 108	107,86
DEZ41 108	107,86
JAN42 108	107,86
FEB42 108	107,86
MAR42 108	107,86
ABR42 108	107,86
MAY42 108	107,86
JUN42 108	107,86
JUL42 108	107,86
AGO42 108	107,86
SETE42 108	107,86
NOV42 108	107,86
DEZ42 108	107,86
JAN43 108	107,86
FEB43 108	107,86
MAR43 108	107,86
ABR43 108	107,86
MAY43 108	107,86
JUN43 108	107,86
JUL43 108	107,86
AGO43 108	107,86
SETE43 108	107,86
NOV43 108	107,86
DEZ43 108	107,86
JAN44 108	107,86
FEB44 108	107,86
MAR44 108	107,86
ABR44 108	107,86
MAY44 108	107,86
JUN44 108	107,86
JUL44 108	107,86
AGO44 108	107,86
SETE44 108	107,86
NOV44 108	107,86
DEZ44 108	107,86
JAN45 108	107,86
FEB45 108	107,86
MAR45 108	107,86
ABR	

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

MARCIO JOSE VENUS DA SILVA



DOC. EXTERNO: 05347526599 - 208 - PE
7591653

CPF: 070.577.824-42 DATA NASCIMENTO: 10/12/1986

PRIMEIRO: MARCIO VENUS DA SILVA

SEGUNDO: MARINALVA GOMES DA SILVA

RESIDÊNCIA: ACC CATHERINE AD

UF: PERNAMBUCO

VALOR: 21/01/2021

1ª HABILITAÇÃO: 09/11/2011

DESCRIÇÕES:

Português - Brasil - Português - Português

Assinatura do portador

Local: JOÃO PESSOA, PB

Data: 21/01/2016

15138460086
PB031965219

DETTRAN-PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1226863918

PRODUTO PLASTIFICADA

1226863918

Testemunha (2)



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE JORIVALDO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 8/6/18 CPF DA VITIMA 011.790.334-50

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBOA

Nº 43 COMPLEMENTO BAIRRO MURICIL DE NAZARÉ
CIDADE CARUARU UF PE CEP 55042-260
E-MAIL TELEFONE (81) 99732-9777

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME À GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *Marijane da Silva*

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

ARUANA SEGURADORA

14 JAN 2019

Josyell

TESTE MUNHA (4)

14/01/2019

2a Via de Fatura

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/2002

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

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

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSE VALTER COSTA
CPF: 057.322.434-02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 1 ESTR. MANDASSAIA 110

FAZENDA NOVA RURAL FAZENDA NOVA
55170-000 BREJO DA MADRE DE DEUS PE

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

DATA DE VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

79,56

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

044023833

CONTA CONTRATO
007027174935

Nº DO CLIENTE
2001879148

Nº DA INSTALAÇÃO
0000489292

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

53B3.0062.1C03.AC0B.7EFA.16F4.5D9E.E180

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	140,00	0,51712484	72,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			8,82
ICMS Subvenção-CDE-MF 036375644-22/10/18			8,87
Multa por atraso-NF 036375644 - 22/10/18			1,51
Multa por atraso-NF 040072375 - 22/11/18			1,71
Juros por atraso-NF 040072375 - 22/11/18			0,58
Juros por atraso-NF 036375644 - 22/10/18			0,87
Atualização IGPM-NF 040072375 - 22/11/18			0,31
Atualização IGPM-NF 036375644 - 22/10/18			0,68
TOTAL DA FATURA			79,56

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
72,91	25,08	18,22	72,91	0,79	0,57
					72,91 3,61 2,63

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,51712484

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

DEZ	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Consumo Ativo(kWh) 0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484	0,51712484
DEZ	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
140	157	158	113	111	108	96	100	99	116	120	120
JUL	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
AGO	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
SET	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
NOV	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
DEZ	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Gerador de Energia	23,02 31,57
Transmissão	3,41 4,68
Distribuição (Celpe)	15,94 21,85
Encargos Setoriais	4,10 5,62
Impostos	21,42 29,34
Pérdida de Energia	5,07 6,88
TOTAL	72,91 100

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DHC-Não de hora sem Energia	CAMPUS	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-Não de vez em quando sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	6,06	12,00
DICB-Duração de Interrupção em dia crítico				Limite DICB: 12,22	
EUDS-Valor do Encargo de Uso = R\$ 28,96					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das indicações DHC, FIC, DMC e DICB a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MF	DIAS				
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
MIG41737	CAT	22/11/2018	18.147,98	22/12/2018	18.287,98	30	1,00000	0,00	140,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/01/2019

YARUANA SEGURADA
1 JAN 2013

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você farmacia itau rainha generico - av. clóvis campelo 212 centro / farmacia itau jardim ladeira: av. hislbelo de queiroz campos 128 centro lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de serviço de fornecimento. Pág. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL); Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês. Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 31,01. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
Login.neogow-20140404service">http://autobanerlimpeza.celpe.com.br/202018_DCSRUCEs_Pesquisas-neogow-20140404service/Login.neogow-20140404service				Este canhoto será usado em leitora ótica.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE		Nº 014205357660		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO				
VIA	COD. RENAVAM	R.NTR.C.	EXERCÍCIO	
1	9542 94133	XXXXXXXXXX	2018	
NOME				
MARCIO JOSÉ VENUS DA SILVA				
CARUARU - PE				
CPF / CNPJ	PLACA			
079.577.824-42	KHT0131			
PLACA M/T/P:	CHASSI:			
***** /PE	9C2MD34008R010328			
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL			
FAB / MOTOCICLETA	GASOLINA			
MARCA / MODELO				
HONDA / XR 250 TORNADO				
CAP / POT / CIL	CATEGORIA			
2P / 249CL	PARTIC			
I P V A	COTA ÚNICA	VEND. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
	IPVA 2018 QUITADO		1º *****	
	FADA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****	
	1		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		ICF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO				
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA				
CARUARU		DATA		
		14/05/19		
Charles Andrews Sousa Kibeixco Diretor-Presidente DETAN/PE				

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205357660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCIO JOSÉ VENUS DA SILVA

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	
CARUARU - PE		2018 14/05/18	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	079.577.824-42	KHT0131	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
9542 94133		HONDA / XR 250 TORNADO	
ANO FAB.	COL. TAB.	NP CHASSI	
2008	09	9C2MD34008R010328	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)	
		100,00	
SEGURADO PAGO			
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.240.000/0001-04

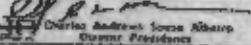
DESTE DOCUMENTO SÓ GUARDE O BILHETE DE VAT
SLE NÃO É DE PERTO CERTIFICATÓRIO.



ARUANA SEGURADORA
14 JAN 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
ESTADO MAIOR DO EXÉRCITO
EXÉRCITO DO BRASIL

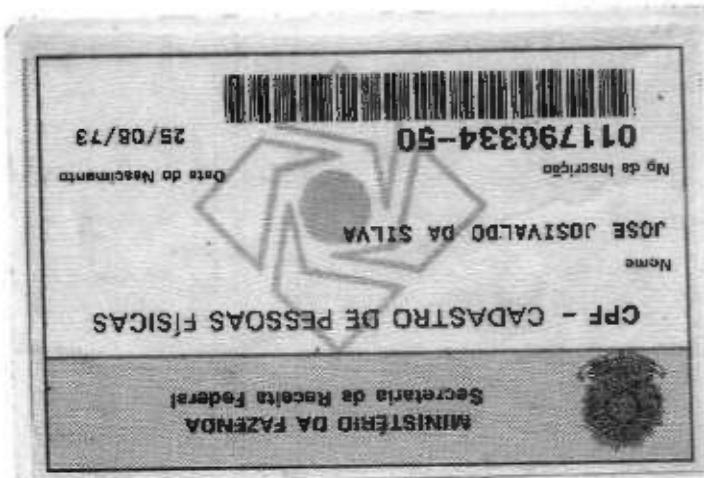
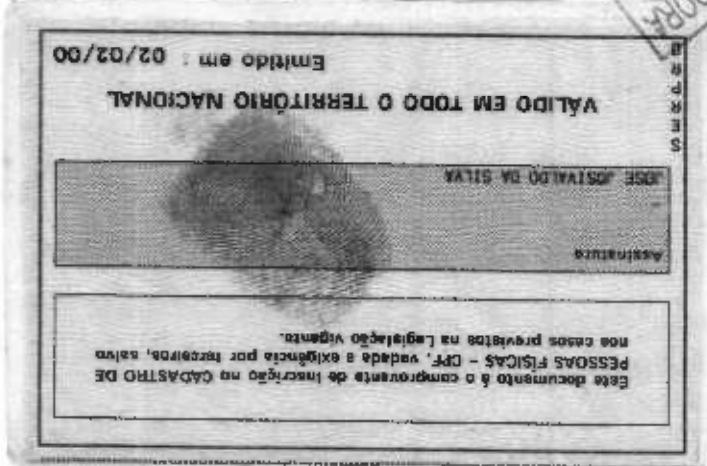
PE

MARCOS JAMESON DE ARRUDA	
DOC. IDENTIDADE: DOC. EMISSOR / UF - 2923963 SDB PE	
CPF 386.058.134-18	DATA NASCIMENTO: 04/05/1986
NASCIMENTO FLUÍDIO ANTÔNIO FERREIRA FILHO	
MÃE MARIA JOSE BICURIARA	
PERIODO 06/2017	ACO AB
CAT. MAR AB	
Nº REGISTRO 00556750619	VALIDADE 27/09/2022
1ª HABILITAÇÃO 04/06/1986	
OBSERVAÇÕES A	
<i>Marcos Jameson de Arruda</i> Assinatura do portador	
LOCAL CANINDÉ, PE	UNA EMISSÃO 28/09/2017
 Charles André Luiz Souza Alves Oficial Presidente COMARTE, DO EXÉRCITO 94100943540 PE065929284	
PERNAMBUCO	

PROIBIDO PLASTIFICAR

1485415452







PREFEITURA DE
CARUARU

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CARUARU
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua dos Guararapes, s/n - Centro - Caruaru - Pernambuco



Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Mãe: INACIA R. DA SILVA
Dt. Nascimento: 25/08/1973
Procedência: USF ITAUNA
Solicitante: DR GUILHERME GARCIA SAMPAIO

Pedido: 77-26

CNS: _____

Impresso por: KAROL - 19/07/2018 14:18:12

PROTEÍNA C REATIVA

RESULTADO: 4,0 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:
< 6,0 mg/dL

Material: SORO
Data coleta : 16/07/2018 12:17
Método:

Liberado por: Vohnson F. M. de Miranda - CRF 1883

Data liberação: 16/07/2018 15:45



Dr. Vohnson F M de Miranda
Farmacêutico-Bioquímico
CRF: 1883

Ensaios com materiais coletados em dia, horários e metodologias diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais.
Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

5.1.1-2.94.8

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Data Nascimento: 25/08/1973 Idade: 44 Anos, 9 Meses e 14 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01122577
Prontuário: 00058850
Senha N.º: 0141

Data e Hora: 08/06/2018 17:43h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA TRAUMA NA COSTELA APOS QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE, NEGA TRAUMA CABECA. NO MOMENTO APRESENTOU VARIOS EPISODIOS DE VOMITOS E PERCA DA CONSCIENCIA.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA
NEGA DM + HAS
DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:	Altura:	Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 73 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 52 MMHG	Freq. Cardíaca:
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM	HGT:	

QFD / HDA:

PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 10 HORAS DE EVOLUÇÃO. APRESENTOU SINCOPE EM 2 OPORTUNIDADES E VOMITOS. COM DOR NO MSE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Exame Físico:

EGR COTE EUPNEICO NORMOCORADO HIDRATADO
AR: MV+ SRA
ACR: RCR 2T BNF S/S

Exames complementares:

HD:
TCE

Conduta:
AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

Evolução:

Dr. Silas Xavier

Médico

CRM/PE: 24460

Ass. do Médico

Dr(a): SILAS EMANUEL SOUZA XAVIER CORREIA

ARUANA SEGURADORA
14 JAN 2013



PREFEITURA DE
CARUARU

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CARUARU
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua dos Guararapes, sn - Centro - Caruaru - Pernambuco



Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Mãe: INACIA R. DA SILVA
Dt. Nascimento: 25/08/1973
Procedência: USF ITAUNA
Solicitante: DR GUILHERME GARCIA SAMPAIO

Pedido: 77-26

CNS: _____

Impresso por: KAROL - 19/07/2018 14:18:12

AMILASE

RESULTADO: 70,00 U/I

VALORES DE REFERÊNCIA:
25,0 a 115,0 U/I

Material: SORO

Data coleta : 16/07/2018 12:17:00

Método: Cinética Bicromática

Liberado por: Tiago Ferreira Gomes - CRBM 2271

Data liberação: 16/07/2018 13:56



Dr. Tiago Ferreira Gomes
Biomédico
CRBM: 2271

Ensaios com materiais coletados em dia, horários e metodologias diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais.
Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.



PREFEITURA DE
CARUARU

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CARUARU
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Rua dos Guararapes, s/n - Centro - Caruaru - Pernambuco



Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Mãe: INACIA R. DA SILVA
Dt. Nascimento: 25/08/1973
Procedência: USF ITAUNA
Solicitante: DR GUILHERME GARCIA SAMPAIO

Pedido: 77-26

CNS: _____

Impresso por: KAROL - 19/07/2018 14:18:12

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Coleta.: 16/07/2018 12:17:00

ERITROGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias.....	4,97	milhões/mm ³	4,6 a 6,2	milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,9	g/dL	14,0 a 17,0	g/dL
Hematócrito.....	43,7	%	40,0 a 54,0	%
Volume Corpúscular Médio - VCM.....	87,927	fL	82,0 a 98,0	fL
HGB Corpúscular Média - HCM.....	29,979	pg	27,0 a 32,0	pg
Conc. de HGB Corpúscular Média - CHCM:	34,096	g/dL	32,0 a 37,0	g/dL
RDW - Índice de Anisocitose.....	13,9	%	11,0 a 15,0	%

LEUCOGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos	8210	/mm ³	5000 a 10000/mm ³
Mieloblastos	0	% 0	/mm ³
Promielóцитos.....	0	% 0	/mm ³
Mielócitos.....	0	% 0	/mm ³
Metamielócitos.....	0	% 0	/mm ³
Bastões	0	% 0	/mm ³
Segmentados	53,5	% 4392	/mm ³
Eosinófilos	4,9	% 402	/mm ³
Basófilos	1,2	% 98	/mm ³
Linfócitos Atípicos	0	% 0	/mm ³
Prolinfócitos	0	% 0	/mm ³
Linfócitos	32,8	% 2692	/mm ³
Monócitos	7,6	% 623	/mm ³
Monócitos Plasmócitos ..	0	% 0	/mm ³
Blastos	0	% 0	/mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 238000 /mm³ 140.000 a 400.000/mm³

NOTA: Exame automatizado, com confirmação das contagens e análise morfológica realizadas por microscopia, quando aplicável.

Liberado por: Anacleto Cintra Alves - CRF 1091

Data liberação: 17/07/2018 14:54



Dr. Anacleto Cintra Alves
Farmacêutico-Bioquímico
CRF: 1091

Ensaios com materiais coletados em dia, horários e metodologias diferentes poderão apresentar valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcio JOSE VENUS DA SILVA,

RG nº 7597153, data de expedição 24/05/2004
Órgão S.D.S. PE portador do CPF nº 029577824-42, com
domicílio na cidade de PARAVARU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA NOVA, nº 09,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA, cujo o condutor era
JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA XR 250 TORNADO
Ano: 2006
Placa: 15HT 0131
Chassi: 9E2MD34008R010328
Data do Acidente: 09-08-2018
Local e Data: BREJO NA M DE DEUS 31-10-2018

Marcio Jose Venus Da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO ÚNICO (TARELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
ROZINIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabuleiro/Oficial | Rua Olho Campáis, nº 277 - Centro - Brejo da Madre do Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de:

MARCIO JOSE VENUS DA SILVA Sou fér.

ROZINIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL

Emolumentos R\$ 3,59 Ferc R\$ 0,40 Tsnr R\$ 0,80 Total R\$ 4,83

Selo:0973437.CM910201803.00262. 31/10/2018 10:36:30

*Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/fundigital



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JANODIR DE ARAUJO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 366.055.134 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JOSIVALDO DASILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.790.334 / 50,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima JOSE JOSIVALDO DASILVA,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.790.334 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	R. COLOMBIA	Número:	43	Complemento:
Bairro:	MAURICIO DE NASSAU	Cidade:	CARUARU	Estado: PE CEP: 55012-260
E-mail:	MSSEGURU.JANODIR@GMAIL.COM	Tel.(DDD):	81-9832-9777	

Local e Data: CARUARU - PE 8 JANEIRO DE 2019

Maria Janodir de Araujo

Assinatura do Declarante



DADOS DO CLIENTE
 MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO MATRÍCULA: 6336914 Data/2018
 R COLOMBIA, N. 00143 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330
 INSCRIÇÃO: 041.541.330.0189.000 GRUPO:3 DÉB. AUTOMÁTICO: 006336914

SITUAÇÃO ÁGUA LÍQUIDA	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMOS	PÚBLICA
A03P0002937	24/11/2018	24/12/2018	1	REAL

ÁGUA:

LEIT ANT: 1562 CONSUMO:19
 LEIT ATU: 1575
 LEIT FAT: 1575

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2018	20	16	09	12	15	15	NÚMERO DE AMOSTRAS -			
							EXIG.	PORT	ANALISES	ATENDIM.
							NS 2.914/11	REALIZ.	A. LEGIS.	

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AQUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	10 M3 3 M3	41,30 14,22
MULTA P/ IMPONTEUAL IDADE 11/2018		1,77

ARUANA SEGURADORA
 14 JAN 2013



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10438, de 26/04/02
ESTADO FEDERATIVO DO PIAUÍ
 Companhia Energética do Piauí
 Av. José de Barros, 111, Beira Vista, Pecém, Piauí - CEP 65060-202
 CNPJ 16.135.932/0001-05 | Imp. Est. 1002943-02 | www.celpe.pi.gov.br

DADOS DO CLIENTE
MARILIA JOSÉFA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BEIRA VISTA 12

CPF: 090 359 334-35 NIS: 163980000844

ITALIAPARIPAMA
CARIJUARI PI
55018-290

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM
Monofásico

Nº DO MÊS/ANO	DEB	ESTIMADA
03/2018	UFPA	00/10/2018
CONSUMO ATUAL	Nº DO BLOCO	Nº DA NOTA FISCAL
06/10/2018	2018036242	78-404

NOTA CONTRATO
7019931484 10/2018
 DATA DE VENCIMENTO: 11/10/2018
 DATA PESQUISA/LEITURA: 06/11/2018
 TOTAL APAGAR (R\$) 40,80

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo acima de 40 kWh	30.000,0000	0,10292621	5,40
Consumo Acima superior a 40 até 100 kWh	70.000,0000	0,11677500	71,05
Consumo Acima superior a 100 até 200 kWh	12.000,0000	0,17029625	5,64
Acréscimo Sobrepreço VERMELHO			3,27
Contrib. Iuriá Pública Municipal			4,48

TOTAL DA FATURA

Nº DO MÊS/ANO	TIPO DE FABRICAÇÃO	DATA	LEITURA	MÉDIA	DATA	LEITURA	MÉDIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSÚLTO (R\$)
VII/18	CAT	03-11-2018	5.381,00	5.381,00	01-10-2018	5.373,00	5.373,00	0,00	0,00	112,00

PERÍODO	DATA	VALOR (R\$)	VALOR (%)
ABRIL/18	01/04/2018	0,00	0,00%
MAR/18	01/03/2018	0,00	0,00%
FEVEREIRO/18	01/02/2018	0,00	0,00%
JANEIRO/18	01/01/2018	0,00	0,00%
DEZ/17	01/12/2017	0,00	0,00%
NOV/17	01/11/2017	0,00	0,00%
OCT/17	01/10/2017	0,00	0,00%
SET/17	01/09/2017	0,00	0,00%
AGO/17	01/08/2017	0,00	0,00%
JUL/17	01/07/2017	0,00	0,00%
JUN/17	01/06/2017	0,00	0,00%
MAR/17	01/03/2017	0,00	0,00%
FEVEREIRO/17	01/02/2017	0,00	0,00%
JANEIRO/17	01/01/2017	0,00	0,00%
DEZ/16	01/12/2016	0,00	0,00%
NOV/16	01/11/2016	0,00	0,00%
OCT/16	01/10/2016	0,00	0,00%
SET/16	01/09/2016	0,00	0,00%
AGO/16	01/08/2016	0,00	0,00%
JUL/16	01/07/2016	0,00	0,00%
JUN/16	01/06/2016	0,00	0,00%
MAR/16	01/03/2016	0,00	0,00%
FEVEREIRO/16	01/02/2016	0,00	0,00%
JANEIRO/16	01/01/2016	0,00	0,00%
DEZ/15	01/12/2015	0,00	0,00%
NOV/15	01/11/2015	0,00	0,00%
OCT/15	01/10/2015	0,00	0,00%
SET/15	01/09/2015	0,00	0,00%
AGO/15	01/08/2015	0,00	0,00%
JUL/15	01/07/2015	0,00	0,00%
JUN/15	01/06/2015	0,00	0,00%
MAR/15	01/03/2015	0,00	0,00%
FEVEREIRO/15	01/02/2015	0,00	0,00%
JANEIRO/15	01/01/2015	0,00	0,00%
DEZ/14	01/12/2014	0,00	0,00%
NOV/14	01/11/2014	0,00	0,00%
OCT/14	01/10/2014	0,00	0,00%
SET/14	01/09/2014	0,00	0,00%
AGO/14	01/08/2014	0,00	0,00%
JUL/14	01/07/2014	0,00	0,00%
JUN/14	01/06/2014	0,00	0,00%
MAR/14	01/03/2014	0,00	0,00%
FEVEREIRO/14	01/02/2014	0,00	0,00%
JANEIRO/14	01/01/2014	0,00	0,00%
DEZ/13	01/12/2013	0,00	0,00%
NOV/13	01/11/2013	0,00	0,00%
OCT/13	01/10/2013	0,00	0,00%
SET/13	01/09/2013	0,00	0,00%
AGO/13	01/08/2013	0,00	0,00%
JUL/13	01/07/2013	0,00	0,00%
JUN/13	01/06/2013	0,00	0,00%
MAR/13	01/03/2013	0,00	0,00%
FEVEREIRO/13	01/02/2013	0,00	0,00%
JANEIRO/13	01/01/2013	0,00	0,00%
DEZ/12	01/12/2012	0,00	0,00%
NOV/12	01/11/2012	0,00	0,00%
OCT/12	01/10/2012	0,00	0,00%
SET/12	01/09/2012	0,00	0,00%
AGO/12	01/08/2012	0,00	0,00%
JUL/12	01/07/2012	0,00	0,00%
JUN/12	01/06/2012	0,00	0,00%
MAR/12	01/03/2012	0,00	0,00%
FEVEREIRO/12	01/02/2012	0,00	0,00%
JANEIRO/12	01/01/2012	0,00	0,00%
DEZ/11	01/12/2011	0,00	0,00%
NOV/11	01/11/2011	0,00	0,00%
OCT/11	01/10/2011	0,00	0,00%
SET/11	01/09/2011	0,00	0,00%
AGO/11	01/08/2011	0,00	0,00%
JUL/11	01/07/2011	0,00	0,00%
JUN/11	01/06/2011	0,00	0,00%
MAR/11	01/03/2011	0,00	0,00%
FEVEREIRO/11	01/02/2011	0,00	0,00%
JANEIRO/11	01/01/2011	0,00	0,00%
DEZ/10	01/12/2010	0,00	0,00%
NOV/10	01/11/2010	0,00	0,00%
OCT/10	01/10/2010	0,00	0,00%
SET/10	01/09/2010	0,00	0,00%
AGO/10	01/08/2010	0,00	0,00%
JUL/10	01/07/2010	0,00	0,00%
JUN/10	01/06/2010	0,00	0,00%
MAR/10	01/03/2010	0,00	0,00%
FEVEREIRO/10	01/02/2010	0,00	0,00%
JANEIRO/10	01/01/2010	0,00	0,00%
DEZ/09	01/12/2009	0,00	0,00%
NOV/09	01/11/2009	0,00	0,00%
OCT/09	01/10/2009	0,00	0,00%
SET/09	01/09/2009	0,00	0,00%
AGO/09	01/08/2009	0,00	0,00%
JUL/09	01/07/2009	0,00	0,00%
JUN/09	01/06/2009	0,00	0,00%
MAR/09	01/03/2009	0,00	0,00%
FEVEREIRO/09	01/02/2009	0,00	0,00%
JANEIRO/09	01/01/2009	0,00	0,00%
DEZ/08	01/12/2008	0,00	0,00%
NOV/08	01/11/2008	0,00	0,00%
OCT/08	01/10/2008	0,00	0,00%
SET/08	01/09/2008	0,00	0,00%
AGO/08	01/08/2008	0,00	0,00%
JUL/08	01/07/2008	0,00	0,00%
JUN/08	01/06/2008	0,00	0,00%
MAR/08	01/03/2008	0,00	0,00%
FEVEREIRO/08	01/02/2008	0,00	0,00%
JANEIRO/08	01/01/2008	0,00	0,00%
DEZ/07	01/12/2007	0,00	0,00%
NOV/07	01/11/2007	0,00	0,00%
OCT/07	01/10/2007	0,00	0,00%
SET/07	01/09/2007	0,00	0,00%
AGO/07	01/08/2007	0,00	0,00%
JUL/07	01/07/2007	0,00	0,00%
JUN/07	01/06/2007	0,00	0,00%
MAR/07	01/03/2007	0,00	0,00%
FEVEREIRO/07	01/02/2007	0,00	0,00%
JANEIRO/07	01/01/2007	0,00	0,00%
DEZ/06	01/12/2006	0,00	0,00%
NOV/06	01/11/2006	0,00	0,00%
OCT/06	01/10/2006	0,00	0,00%
SET/06	01/09/2006	0,00	0,00%
AGO/06	01/08/2006	0,00	0,00%
JUL/06	01/07/2006	0,00	0,00%
JUN/06	01/06/2006	0,00	0,00%
MAR/06	01/03/2006	0,00	0,00%
FEVEREIRO/06	01/02/2006	0,00	0,00%
JANEIRO/06	01/01/2006	0,00	0,00%
DEZ/05	01/12/2005	0,00	0,00%
NOV/05	01/11/2005	0,00	0,00%
OCT/05	01/10/2005	0,00	0,00%
SET/05	01/09/2005	0,00	0,00%
AGO/05	01/08/2005	0,00	0,00%
JUL/05	01/07/2005	0,00	0,00%
JUN/05	01/06/2005	0,00	0,00%
MAR/05	01/03/2005	0,00	0,00%
FEVEREIRO/05	01/02/2005	0,00	0,00%
JANEIRO/05	01/01/2005	0,00	0,00%
DEZ/04	01/12/2004	0,00	0,00%
NOV/04	01/11/2004	0,00	0,00%
OCT/04	01/10/2004	0,00	0,00%
SET/04	01/09/2004	0,00	0,00%
AGO/04	01/08/2004	0,00	0,00%
JUL/04	01/07/2004	0,00	0,00%
JUN/04	01/06/2004	0,00	0,00%
MAR/04	01/03/2004	0,00	0,00%
FEVEREIRO/04	01/02/2004	0,00	0,00%
JANEIRO/04	01/01/2004	0,00	0,00%
DEZ/03	01/12/2003	0,00	0,00%
NOV/03	01/11/2003	0,00	0,00%
OCT/03	01/10/2003	0,00	0,00%
SET/03	01/09/2003	0,00	0,00%
AGO/03	01/08/2003	0,00	0,00%
JUL/03	01/07/2003	0,00	0,00%
JUN/03	01/06/2003	0,00	0,00%
MAR/03	01/03/2003	0,00	0,00%
FEVEREIRO/03	01/02/2003	0,00	0,00%
JANEIRO/03	01/01/2003	0,00	0,00%
DEZ/02	01/12/2002	0,00	0,00%
NOV/02	01/11/2002	0,00	0,00%
OCT/02	01/10/2002	0,00	0,00%
SET/02	01/09/2002	0,00	0,00%
AGO/02	01/08/2002	0,00	0,00%
JUL/02	01/07/2002	0,00	0,00%
JUN/02	01/06/2002	0,00	0,00%
MAR/02	01/03/2002	0,00	0,00%
FEVEREIRO/02	01/02/2002	0,00	0,00%
JANEIRO/02	01/01/2002	0,00	0,00%
DEZ/01	01/12/2001	0,00	0,00%
NOV/01	01/11/2001	0,00	0,00%
OCT/01	01/10/2001	0,00	0,00%
SET/01	01/09/2001	0,00	0,00%
AGO/01	01/08/2001	0,00	0,00%
JUL/01	01/07/2001	0,00	0,00%
JUN/01	01/06/2001	0,00	0,00%
MAR/01	01/03/2001	0,00	0,00%
FEVEREIRO/01	01/02/2001	0,00	0,00%
JANEIRO/01	01/01/2001	0,00	0,00%
DEZ/00	01/12/2000	0,00	0,00%
NOV/00	01/11/2000	0,00	0,00%
OCT/00	01/10/2000	0,00	0,00%
SET/00	01/09/2000	0,00	0,00%
AGO/00	01/08/2000	0,00	0,00%
JUL/00	01/07/2000	0,00	0,00%
JUN/00	01/06/2000	0,00	0,00%
MAR/00	01/03/2000	0,00	0,00%
FEVEREIRO/00	01/02/2000	0,00	0,00%
JANEIRO/00	01/01/2000	0,00	0,00%

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO

Consulte seu consumo de energia e faça o seu ajuste.

<p



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

5.1.1-2.94.8

ANAMNESE

Paciente: JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Data Nascimento: 25/08/1973 Idade: 44 Anos, 9 Meses e 14 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01122577
Prontuário: 00058850
Senha N.º: 0141

Data e Hora: 08/06/2018 17:43h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA TRAUMA NA COSTELA APOS QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE, NEGA TRAUMA CABECA. NO MOMENTO APRESENTOU VARIOS EPISODIOS DE VOMITOS E PERCA DA CONSCIENCIA.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA
NEGA DM + HAS
DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:	Altura:	Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 73 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 52 MMHG	Freq. Cardíaca:
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM	HGT:	

QFD / HDA:

PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 10 HORAS DE EVOLUÇÃO. APRESENTOU SINCOPE EM 2 OPORTUNIDADES E VOMITOS. COM DOR NO MSE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Exame Físico:

EGR COTE EUPNEICO NORMOCORADO HIDRATADO
AR: MV+ SRA
ACR: RCR 2T BNF S/S

Exames complementares:

HD:
TCE

Conduta:
AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

Evolução:

Dr. Silas Xavier

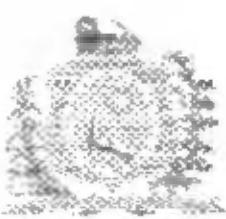
Médico

CRM/PE: 24460

Ass. do Médico

Dr(a): SILAS EMANUEL SOUZA XAVIER CORREIA

ARUANA SEGURADORA
14 JAN 2013



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107°C1RC DINTER1/17°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0197001035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/12/2018 às 17:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Consumo alco)
que aconteceu no dia 8/6/2018 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RODOVIA PE 146 - SANTO ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO ACESSO PARA O SITIO POCOS.
Local da Falta: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR / AGENTE)
MARCIO JOSE VENUS DA SILVA (OUTRO)
JOSE JOSIVALDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a). JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Ms. INÁSIA REGINA DA SILVA Pm. José JULIO FERREIRA Data de Nascimento: 26/01/1973 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8233793/SD/PE (RG), 61178833488 (CRF) Estado Civil: AFASCIADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones: Celulares: 819888235283

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO DE ITAÚNA - CEP: 56600-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO CEMITERIO.

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/Ms. **INEXISTENTE** Pm. INEXISTENTE Data de Nascimento: 1/1/1999 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCIO JOSE VENUS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Ms. NÃO INFORMADO Pm. NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): MARCIO JOSE VENUS DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(a). JOSE JOSIVALDO DA SILVA
Categoria/Modelo/Marca: MOTOCICLETA/HONDA/CR250 TORNADO Objeto apreendido: N/A
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KMT 8131 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 454244933 Chassi:
KC2H034806R016316
Ano Fabricação: 2009/2010 Combustível: GASOLINA

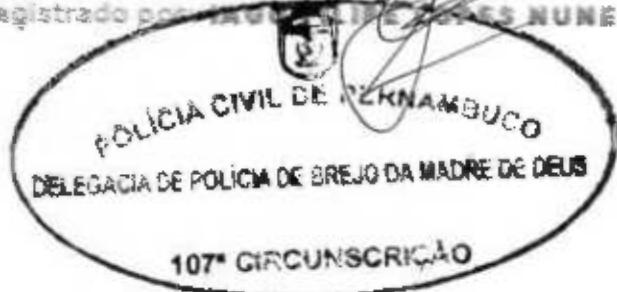
Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA, QUE NA DATA E HORA SUPRA, QUIAVA A SUA MOTOCICLETA PELA ESTRADA ESTADUAL PE 145, SENTIDO O DISTRITO DE FAZENDA NOVA, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO ACESSO AO SITIO POCOS, UM CACHORRO PASSOU EM FREnte A SUA MOTO, O QUE FEZ A VITIMA ACIONAR O FRENO, VINDO COM ISSO A DESLIZAR E CAIR. RELATA QUE, APESAR DAS DORES APÓS A Queda, LEVANTOU, LIGOU A MOTO, E FOI PARA CASA, SENDO QUE POR VOLTA DAS 15:00H SENTIU A NECESSIDADE DE IR PARA O MÉDICO, OCASIÃO EM QUE FOI PARA CARUARU. NADA MAIS DISSE.

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

X
JOSE JOSIVALDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: DELEGADO: RENATO NUNES - Matrícula: 1866521



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.790.334-50 José Josivaldo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

Nome completo:

José Josivaldo da Silva

CPF:

035.790.334-50

Profissão:

RECUSO

Endereço:

RUA BOA VISTA.

Número:

12 ZONA-RURAL

Bairro:

ITAUNA

Cidade:

CAUARU

Estado:

PE

CEP:

59018-290

E-mail:

M.Josivaldo@uol.com

Tel. (DDD):

(83) 6969-7777
83986322777

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO 237

AGÊNCIA:

2311

CONTA:

32295

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: CARUARU-PE 08 de Janeiro de 2013
Nome: MARCOS ROBERTO DE LIMA
CPF: 069.799.804-43

Assinatura de quem assina A RGQD
(*) Assinatura de quem assina A RGQD

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Francisco Antônio Alves
CPF: 033.420.531-00

Franca Antônio Alves
Assinatura

2º | Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA
CPF: 073.577.824-42

Marcio Jose Venus Da Silva
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.790.334-50 José Josivaldo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

Nome completo:

José Josivaldo da Silva

CPF:

035.790.334-50

Profissão:

RECUSO

Endereço:

RUA BOA VISTA.

Número:

12 ZONA-RURAL

Bairro:

ITAUNA

Cidade:

CAUARU

Estado:

PE

CEP:

59018-290

E-mail:

M.Josivaldo@uol.com

Tel. (DDD):

(83) 6969-7777
83986322777

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO 237

AGÊNCIA:

2311

CONTA:

32295

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: CARUARU-PE 08 de Janeiro de 2013 TESTEMUNHAS

Nome: MARCOS ROBERTO DE LIMA

CPF: 069.799.804-43

Assinatura: MARCOS Roberto de Lima

(*) Assinatura de quem assina A RGQD

1º | Nome: Francisco Antônio Alves

CPF: 033.420.531-00

Franca Antônio Alves

Assinatura

2º | Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CPF: 073.577.824-42

Marcio Jose Venus da Silva

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032120

Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190032120 **Vítima: JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

Data do Acidente: 08/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOSIVALDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

