

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

BRADESCO1505202005000000000023703211000000032295135000 PAGO

Responder a todos | Excluir Lixo eletrônico | ...



----- 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>, Raísa 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 retorne 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](mailto:mauricio.imparato@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4598



[www.seguradoralider.com.br](http://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: 6439763 CPF: 01179033450 EST. CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AGRICULTOR  
END: RUA BOA VISTA Nº 12  
BA ITAUNA CIDADE BREJO DA M D. DEUS UF: PE

## OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDUAR DE ARAUJO  
RG: 2923963 CPF: 38605873415 EST. CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ALFOMOMO  
END: RUA COLOMBIA Nº 43  
BA MAURICIO DE ASSAU CIDADE CAJARI 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 Nº 279 BAIRRO: FACENDA NOVA  
CIDADE BREJO DA M D. DEUS UF: PE

## TESTEMUNHAS:

Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES  
CPF: 033420514-00 RG: 61835  
END: TV LEST MANA Nº 770 BAIR: FAC. NOVA CDD: BREJO M D. DEUS UF: PE  
Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA  
CPF: 029532824-42 RG: 7591653  
END: RUA BOA VISTA Nº 51N BAIR: VILA ITAUNA CDD: BREJO M D. DEUS UF: PE

\* Marcos Roberto de Lima

(ASSINATURA DO ROGO, Reconhecer firma por

autenticidade)

DA TESTEMUNHA

(ASSINATURA

1) Marcio Jose Venus da Silva

(ASSINATURA DA

TESTEMUNHA 2)

BREJO DA MADRE D. DEUS  
21 de NOVENBRA de 2018  
(LOCAL E DATA)

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

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Oficial (Tribunal) Av. Costa Campos, nº 217 - 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 ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL. Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,40 Tsnr R\$ Total R\$ 4,79 Selo: 0073437.EZB11201802.00300.

Cartório Único Ofício  
Brejo d. Madre de Deus - PE  
(81) 3747-1213

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

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Oficial (Tribunal) Av. Costa Campos, nº 217 - 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 fe. 23 de novembro de 2018 ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL. Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,80 Tsnr R\$ Total R\$ 9,58 Selo: 0073437.EZB11201802.00303, 0073437.EZB11201802.00304.

Cartório Único Ofício  
Brejo d. Madre de Deus - PE  
(81) 3747-1213

# 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

**Valoração 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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: **3190608106**  
Nome do beneficiário: **JOSE JOSIVALDO DA SILVA**  
Nome do solicitante: **MARCOS ROBERTO DE LIMA**

Data da solicitação: DD/MM/AA  
CPF do beneficiário: **01179033450**  
CPF do solicitante: **065 799 80443**

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( **81** ) 9. **82166977** Tel. Comercial: ( **81** ) 9. **9852 9777** Tel. Residencial: ( DDD ) DDD  
E-mail: **MSSEGURO.JANDAIR@GMAIL.COM**

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO 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:

(DESCREVER)

**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. Portanto, 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).

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

C.17

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

MARCOS ROBERTO DE LIMA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6437175

DATA DE EMISSÃO 16.08.1999

NOME MARCOS ROBERTO DE LIMA

FILIAÇÃO Roberto Gonçalves de Lima Severina Regina de Lima

NATURALIDADE Caiuara, PE

DATA DE NASCIMENTO 25.03.1985

DOC. EM 2082-L.A. 64-F. 285-Cart. d

3ª Zona de Recife, PE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.115 DE 1984

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

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

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

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

CÓDIGO DE CONTROLE  
B0A1.1001.472C.070E

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://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-0376363/19  
eduardo.borges.0414  
20/04/2020 10:53:06

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

"A Rôgo"  
ARIANA SEGURADORA





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei nº 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.930/0001-04 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
ROSELI MARIA FALASTINO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA DOM PEDRO I 279

CPF 092 089 424-48 NIS 18515554408

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

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

INSCRIÇÃO FISCAL	CONSUMIDOR	PERÍODO
036532942	UMICA	22/10/2018
PERÍODO DE FATURAMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
22/10/2018	2018029508	0524112

CONTA CONTINUA	PERÍODO
7027483512	10/2018
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
30/10/2018	23/11/2018
TOTAL A PAGAR	24,95

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Consumo Abaixo de 30 kWh  
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh  
Acrescimo Bandeira VERMELHA  
Contrib. Ium. Pública Municipal  
Multa por atraso NF 032807797 - 21/09/18  
Juros por atraso NF 032807797 - 21/09/18  
Atualização ICMS NF 032807797 - 21/09/18

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
30,0000000	0,18292021	5,48
48,0000000	0,31357750	14,11
		0,04
		3,05
		0,32
		0,07
		0,03

TOTAL DA FATURA

24,95

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

ÍNDICE	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	ÍNDICE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
31/10/18	FUNÇÃO	DATA	DATA	DIAS			
	CAI	21-09-2018	22-10-2018	74,20	30	1,0000	75,20

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO**

PERÍODO	CONSUMO (KWH)
OUT 18	75
SET 18	58
AUG 18	55
JUL 18	84
JUN 18	69
MAY 18	52
ABR 18	76
MAR 18	84
FEV 18	87
JAN 18	88
DEZ 17	
NOV 17	
OUT 17	

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	31,03
PIS	2,04
COFINS	21,03

**DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS**

DESCRIÇÃO	PERCENTUAL	VALOR
Imposto de Renda	15,00%	3,74
Contribuição Social	10,00%	2,49
Imposto de Renda	15,00%	3,74
Contribuição Social	10,00%	2,49
Imposto de Renda	15,00%	3,74
Contribuição Social	10,00%	2,49
Imposto de Renda	15,00%	3,74
Contribuição Social	10,00%	2,49

Consumo superior a 30 kWh  
Consumo superior a 100 kWh

Consumo superior a 30 kWh  
Consumo superior a 100 kWh

BE74 7268 EDFB CASA ABCO DESP COBO DIAS

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Para obter mais informações sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800 000 0000. A Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores residenciais de baixa renda, inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Para se inscrever no CadÚnico, consulte o site www.cadunico.org.br. A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida por 6 meses, podendo ser prorrogada por mais 6 meses, totalizando 12 meses. O consumidor deve apresentar a documentação necessária para a concessão da Tarifa Social de Energia Elétrica, incluindo o CadÚnico, o comprovante de residência e o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica. O consumidor deve apresentar a documentação necessária para a concessão da Tarifa Social de Energia Elétrica, incluindo o CadÚnico, o comprovante de residência e o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica.

Atenção: O consumidor deve apresentar a documentação necessária para a concessão da Tarifa Social de Energia Elétrica, incluindo o CadÚnico, o comprovante de residência e o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica. O consumidor deve apresentar a documentação necessária para a concessão da Tarifa Social de Energia Elétrica, incluindo o CadÚnico, o comprovante de residência e o comprovante de pagamento da conta de energia elétrica.

AVANÇADA SEGUROADORA

A ROGO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118402/20

**Vítima:** JOSE JOSIVALDO DA SILVA

**CPF:** 011.790.334-50

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 08/06/2018

**Titular do CPF:** JOSE JOSIVALDO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

DETRAN - PE Nº 014205357660  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 954244133 RNTRO: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: 2018

NOME: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CARUARU-PE

CPF / CNPJ: 079.577.824-42 PLACA: KHT0131

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\* PE CHASSI: 9C2MD34008R010328

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP / POT / OIL: 28 / 249CL CATEGORIA: PARTIC

DOT / PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO

PAGA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ICF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

CARUARU-PE DATA: 14/05/19

Charles Andrews Sousa Kibeiro

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 JOSE 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

CARUARU-PE

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 14/05/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 079.577.824-42 PLACA: KHT0131

RENAVAM: 954244133 MARCA / MODELO: HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB: 2008 ANO MOD: 09

CHASSI: 9C2MD34008R010328

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): ICF (R\$): TOTAL A PAGAR (R\$): SEGURO PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.342.608/0001-84

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELS NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



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

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

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

ARIANA SEGURADORA  
14 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA VIÁRIA

NOME: **MARIO JANDOIR DE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **2923963 SDR PE**

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

FILIAÇÃO: **ANTONIO FERREIRA FILHO**  
**MARTA JOSE SIQUEIRA**

PERMISSÃO: **VALIDADE: 27/09/2023** EXT. NAB: **04/06/1986**

Nº REGISTRO: **00556750634**

OBSERVAÇÕES:

*Mario Jandoir de Araujo*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **CARUARU, PE** DATA EMISSÃO: **22/09/2017**

*Chelton Anderson Souto Ribeiro*  
Diretor Presidente  
ADMINISTRAÇÃO DO EMISSOR

**PERNAMBUCO**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1485415452

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1485415452

ARUANA SEGURADORA



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**

Ng de Inscrição  
**011790334-50**

Data do Nascimento  
**25/08/73**



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

Assinatura  
**JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em : 02/02/00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**6439763**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**16.08.1999**

NOME  
**JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

FILIAÇÃO  
**José Júlio Ferreira  
Inacia Regina da Silva**

NATURALIDADE  
**Caruaru-PE**

DATA DE NASCIMENTO  
**25.08.1973**

DOC (BRIGEM)  
**C.N.2.154 L.A-1 F.267v, Cart.**

**2º Dist Caruaru-PE**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TAVARES BURIL

**01-R-02**



**Não Alfabetizado**

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**



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 FEVERERO DE 2020

*Dr. Gustavo Libório*  
CRM 15582 - CPF 022.810.58 - 20

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) - CIRURGIA DO TRAUMA (SBOT)  
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)

CRM 15582 - TEOT 13985





Dr. Gustavo

**LIBÓRIO**

CRM 15582 / TEOT 19985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



**ORTOP**

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

**LAUDO MÉDICO (DPVAT)**

NOME/CPF :

011.740.224-50

João José da Silva

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

Imamu - PE / 08/06/18

DATA DA CIRURGIA:

09/06/18

HISTÓRIA CLÍNICA :

Amenor Mobachá com TUS  
Espleno - REALIZADO ESPLENECTOMIA  
RESERVA (400/- 2000)





Dr. Gustavo

**LIBÓRIO**

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



**ORTOP**

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE



**FISIOTERAPIA:**

*[Handwritten signature]*

**DATA DA ALTA MÉDICA:**

*02/10/19*

Dr. Gustavo Libório  
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO  
CRM 15582-TEOT 13985  
TITULAR SPOT/ESTOMAS

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA-TRAUMA

RECONSTRUÇÃO

CRM15582 - TEOT 13985

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau  
Caruaru-PE  
ortop.agreste@hotmail.com  
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



## 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"/> TRANSFERÊNCIA
<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 CONSCIÊNCIA 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 SEGUIDA, 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 TAMBEM NA LINGULA, ASSOCIADA A BRONCOGRAMAS AEROS E REALCE HOMOGÊNEO AO CONTRASTE. ESTES ACHADOS PODEM CORRESPONDER A ÁREAS DE ATELECT: NO LOBO INFERIOR ESQUERDO, PROCESSO INFLAMATORIO/INFECCIOSO PARTICIPA DO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
- 3) EVIDENCIAMOS COLEÇÃO LÍQUIDA SUBFRENICA A 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 C 9,7X7,9X3,8CM (VOLUME APROXIMADO DE 152CM3). DESTACAMOS AINDA QUE A CAUDA DO PANCREAS ESTA LOCALIZADA NESSA TOPOGRAFIA, CIRCUNDADA PELA COLEÇÃO DESCRITA. COLEÇÃO INFLAMATORIA/INFECCIOSA É A PRINCIPAL DE CONSIDERAÇÃO.
- 4) IDENTIFICAMOS DENSIFICAÇÃO DOS PLANOS ADIPOSOS E DO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO NA LINHA MEDIA, EM REGIAO UMBILICAL E SUPRAUMBILICAL, COM PEQUENAS BOLHAS DE AR DE PERMEIO. ESTES ACHADOS PODEM ESTAR RELACIONADOS A PROCESSO INFECCIOSO OU MANIPULAÇÃO CIRURGICA 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  
Cláudio Geral - CRM: 3879  
CPF: 097.105.234-49

## TRATAMENTO REALIZADO

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

ACHADOS: MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE; LESÃO ESPLÊNICA 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 JOAO PAULO LIMA

Dr. João Paulo Lima  
MÉDICO  
CREMEPE 24.793

Data: 20/06/2018

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: **20/04/2020 11:08:14**  
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 lâmina de líquido livre no espaço pleural à esquerda.
  2. Áreas de consolidação nos lobos inferiores, notadamente à esquerda e também na lingula, 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 cm<sup>3</sup>). 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 infeccioso 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 CRISIM CAVALCANTE**

25493

**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

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

**Diagnóstico Provável:**

TRAUMA ABDOMINAL SECUNDÁRIO A ACIDENTE MOTOCICLISTICO

**Tratamento Realizado:**

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

ACHADOS: MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE; LESÃO ESPLÊNICA EM POLO INFERIOR GRAU 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

5.3.1.2.92.8  
**UPA24h**  
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

### AFERICAÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 73 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 52 MMHG

Freq. Cardíaca:

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

### Conduta:

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

### Evolução:

**Dr. Silas Xavier**

Médico

CRM/PE: 24480

Ass. do Médico

Dr(a): **SILAS EMANOEL 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



**SUS**  
Sistema  
Único  
de Saúde

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**

Prontuário: 58468 Data do Pedido: 22 de Setembro de 2018  
Nome: JOSE JOSIVALDO DA SILVA  
Pedido: 101371 Data do Exame: 24 de Setembro de 2018  
Médico Solicitante: THIAGO CESAR FERNANDES GOMES  
Setor: EMERGÊNCIA 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:**

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

Vesícula biliar distendida com importante borramento da gordura perivesicular difusamente principalmente em sua porção 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

HMV - Hospital Mestre Vitalino  
Av. Amazonas, 175 - Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104  
CEP: 55.016-430





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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.633/98.

Pelo exposto, eu MARIO JANDIR DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 386.055.134 / 16 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R COLONIA</u>	Número: <u>43</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>MAURICIO DE NASSAU</u>	Cidade: <u>CARUARU</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>MS SEGURO - JANDIR@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>55012-360</u>	Tel.(DDD): <u>81-8832-9777</u>

Local e Data: CARUARU - PE 8 JANEIRO DE 2019

Assinatura do Declarante



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

ATENDIMENTO: RUA PR CINEC - FUN. - 00152 - MAURICIO DE NASSAU  
AU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 6336914 Mar/2019

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO

R COLONBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260

INSCRIÇÃO: 041.541.330.0189.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO. 006336914

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	FACTIVEL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)	
A03P002937	22/02/2019	26/03/2019	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 1548

CONSUMO: 19

LEIT ATU: 1617

LEIT FAT: 1617

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

		PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. PORT. MS 2.014/13	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.	
02/2019	17		166	163	169	
01/2019	06	TURBIDEZ	166	163	138	
12/2018	13	COR APARENTE	166	163	138	
11/2018	20	COLOR RESIDUAL	166	163	169	
10/2018	16	COLI. TOTAIS	166	163	158	
09/2018	09	E. COLI	166	163	169	

MEDIA:

14

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES 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 - 41,30 POR UNIDADE

10 M3

= 1,30

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

9 M3

= 2,66

MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2019

,48

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

2,93

ARUANA SEGURADORA





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. Jof. ... 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 10.433.320/0001-09 | Insc. Est. 000943-88 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARCIA JOSEFA DA SILVA

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BOA VISTA, 12

CPF: 090.359.334-35 NIS: 1039908044

ITALVÂNIA ALINA  
CARUARU PE  
55016-293CLASSIFICAÇÃO  
USO RESIDENCIAL  
BARRAGEM COM FMS  
MinistérioCONTA CONTINUA  
7019931484 10/2018  
DATA DE VIGÊNCIA  
11/10/2018 08/11/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$) 40,80Nº DA NOTA FISCAL 033870806  
NOME UNICA  
CÓDIGO 0410/2018  
Nº DO CLIENTE 201408242  
Nº DA INSTALAÇÃO 781404

## DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	R\$ 10,79,2011	5,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	R\$ 18,57,950	21,96
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	12,0000000	R\$ 17,00,000	5,94
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,32
Contrib. Ium. Pública Municipal			4,46

TOTAL DA FATURA

40,80

## DEMONSTRATIVO DE VARIACÃO DESTA NOTA FISCAL

IP DO VEDICOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LITURA	ATUAL DATA	ATUAL LITURA	IP DE INER	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
V0133	04F	04-08-2018	8 307,20	04-10-2018	9 573,04	21	1,18 kWh		11,840

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Período	Consumo (KWH)
01/10/18	110
02/10/18	140
03/10/18	138
04/10/18	157
05/10/18	161
06/10/18	149
07/10/18	167
08/10/18	154
09/10/18	157
10/10/18	160
11/10/18	183
12/10/18	158
13/10/18	08

## DEMONSTRATIVO DE VALORES

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO SOMADO
ICMS	26,34
PIS	0,34
COPIS	0,36

## DEMONSTRATIVO DE VALORES

Valor	Porcentagem
Consumo de Energia	19 17,25 83,05%
Transmissão	19 3,19 6,05%
Distribuição (Celpe)	19 10,22 24,75%
Perdas de Transmissão	19 3,31 8,05%
Imposto sobre Serviços	19 1,48 4,41%
Taxas e Tributos	19 1,31 3,19%
Total	88 18,34 100%

## TAXAS E TRIBUTOS

Consumo Ativo até 30 kWh: R\$ 10,79,2011  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: R\$ 18,57,950  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: R\$ 17,00,000

## DEMONSTRATIVO DE FISCOS

4F0E D3F7 0B01 A34F 818F 35E1 E14D 9E3D

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre no seu cartão de crédito a Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) para fins de comprovação de despesas com energia elétrica. A Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela CELPE é considerada documento de comprovação de despesas com energia elétrica para fins de comprovação de despesas com energia elétrica. A Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela CELPE é considerada documento de comprovação de despesas com energia elétrica para fins de comprovação de despesas com energia elétrica.

## INFORMAÇÃO ÚTIL PARA QUEM POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
11,840	Consumo de Energia	88,18,34	Transmissão	19,3,19

As informações gerais sobre a Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela CELPE são as seguintes: a) a Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela CELPE é considerada documento de comprovação de despesas com energia elétrica para fins de comprovação de despesas com energia elétrica. b) a Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela CELPE é considerada documento de comprovação de despesas com energia elétrica para fins de comprovação de despesas com energia elétrica.

ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

033.790.334-50

RECUSO

RUA BOA VISTA

72

ZONA RURAL

ITAUNA

CRUZEIRO

PE

550180-000

MISSAGRO JARDIM O. RUIZ L. COM

16 - Tel. (DDD): 85.322.6973  
8.99832-9222

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ 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: 2373

CONTA: 32295

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

MARCOS ROBERTO DE LIRA

065.799.804-43

MARCOS ROBERTO DE LIRA

38 - 1ª Nome: FRANCISCO JOSÉ ALVES

CPF: 033.420.534-00

Francisco José Alves

39 - 2ª Nome: MARCIO JOSE VIEIRA DA SILVA

CPF: 079.577.824-92

Marcio José Vieira da Silva

40 - Local e Data: CRUZEIRO - 23 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE  
DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197001035

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITÍMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 8/6/2018 às 08:30

Fato ocorrido no 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 SÍTIO POÇOS.  
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) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na deflagração 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 Mãe: INACIA  
REGINA DA SILVA Pai: JOSE JULIO FERREIRA Data de Nascimento: 28/8/1972 Nacionalidade:  
CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8439783/3DS-PE (RG), 81175033458  
(CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 81988235203

Endereço Residência: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO DE ITAUNA - CEP:  
55668-888 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PORTRÁS DO  
CEMITÉRIO.

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: INEXISTENTE  
Pai: INEXISTENTE Data de Nascimento: 9/5/1988 Nacionalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL

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



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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **MARCIO JOSE VENUS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA**  
Categoria: **MOTOCICLETA HONDA XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade de 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KNE8131** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renovação: **934244131** Chassi:

**9C2ND34463R000226**

Ano Fabricação: **2008** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

**AFIRMA A VÍTIMA, QUE NA DATA E HORA SUPRA, GUIAVA A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA ESTADUAL PE 146, SENTIDO O DISTRITO DE FAZENDA NOVA, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO ACESSO AO SÍTIO POÇOS, UM CACHORRO PASSOU EM FRENTE A SUA MOTO, O QUE FEZ A VÍTIMA ACIONAR O FREIO, VINDO COM ISSO A DERRAPAR E CAIR. RELATA QUE, APESAR DAS DORES APÓS A QUEDA, LEVANTOU, LIGOU A MOTO, E FOI PARA CASA, SENDO QUE POR VOLTA DAS 16:00H SENTIU A NECESSIDADE DE IR PARA O MÉDICO, OCASIÃO EM QUE FOI PARA CARUARU. NADA MAIS DISSE.**

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

**JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA**

**VÍTIMA**

S.O. registrado por: **DELEGADO POLÍCIA CIVIL NUNES - Matrícula: 3286521**

**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DE BREJO DA MADRE DE DEUS**

**107ª CIRCUNSCRIÇÃO**

**ARUANA SEGURADORA**  
**14 JAN 2023**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

033.790.334-50

RECUSO

RUA BOA VISTA

72

ZONA RURAL

ITAUNA

CRUZEIRO

PE

550180-000

MISSAGRO JARDIM O. RUIZ L. COM

16 - Tel. (DDD): 85.322.6973  
8.99832-9222

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ 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: 2373

CONTA: 32295

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

MARCOS ROBERTO DE LIRA

065.799.804-43

MARCOS ROBERTO DE LIRA

38 - 1ª Nome: FRANCISCO JOSÉ ALVES

CPF: 033.420.534-00

Francisco José Alves

39 - 2ª Nome: MARCIO JOSE VIEIRA DA SILVA

CPF: 079.577.824-92

Marcio José Vieira da Silva

40 - Local e Data: CRUZEIRO - 23 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

033.790.334-50

RECUSO

RUA BOA VISTA

72

ZONA RURAL

ITAUNA

CRUZEIRO

PE

550180-000

MISSGUEIRO JARDIM D. O. RUIZ L. COM

16 - Tel. (DDD): 85.322.6973  
8.99832-9222

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO - 237

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

MARCOS ROBERTO DE LIRA

065.799.804-43

MARCOS ROBERTO DE LIRA

38 - 1ª Nome: FRANCISCO JOSÉ ALVES

CPF: 033.420.534-00

Francisco José Alves

39 - 2ª Nome: MARCIO JOSE VIEIRA DA SILVA

CPF: 079.577.824-92

Marcio José Vieira da Silva

40 - Local e Data: CRUZEIRO - 23 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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





---

**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

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 08/06/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE JOSIVALDO DA SILVA

## 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](http://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 (Vítima beneficiária)

NOME: JOSE JOSIVALDO DA SILVA  
RG: 6439763, CPF: 01179033450, EST. CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AGRICULTOR  
END: RUA BOA VISTA, Nº 72  
BA ITAUNA, CIDADE BREJO DA MÃE DEUS, UF: PE

### OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO DANDAIR DE ARAUJO  
RG: 2923963, CPF: 78605873415, EST. CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ALTONOMO  
END: RUA COLOMBIA, Nº 43  
BA MAURICIO DE VASSAU, 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, Nº 279 BAIRRO: FAZENDA NOVA  
CIDADE BREJO DA MÃE DEUS, UF: PE

### TESTEMUNHAS:

Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES  
CPF: 033420514-00 RG: 61835  
END: TV I EST. MANAOS, Nº 770, BAIR: FAZ. NOVA CDD: BREJO DA MÃE DEUS UF: PE  
Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA  
CPF: 029322824-42 RG: 7597653  
END: RUA BOA VISTA, Nº 5/N, BAIR: VILA ITAUNA CDD: BREJO DA MÃE DEUS UF: PE

MARCOS ROBERTO DE LIMA  
(ASSINATURA DO ROGO, Reconhecer firma por autenticidade) Francisco Justino Alves (ASSINATURA DA TESTEMUNHA)  
Marcio Jose Venus da Silva (ASSINATURA DA TESTEMUNHA 2)

BREJO DA MÃE DEUS  
27 de NOVEMBRO de 2018  
(LOCAL E DATA)

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

ROZANHA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelião Oficial | Av. Costa Campos, nº 277 - Centro - Brejo da Mãe de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213  
Reconheço Por Autenticidade a firma de MARCOS ROBERTO DE LIMA Dou fe. 23 de novembro de 2018 ROZANHA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL. Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,40 Tsnr R\$ Total R\$ 4,79 Selo: 0073437-EZK11201802.00300.

Cartório Único Ofício  
Brejo da Mãe de Deus - PE  
(81) 3747-1213

\*Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/eleidigital](http://www.tjpe.jus.br/eleidigital)

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

ROZANHA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelião Oficial | Av. Costa Campos, nº 277 - Centro - Brejo da Mãe de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213  
Reconheço Por Autenticidade as firmas de FRANCISCO JUSTINO ALVES, MARCIO JOSE VENUS DA SILVA Dou fe. 23 de novembro de 2018 ROZANHA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL. Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,80 Tsnr R\$ Total R\$ 9,58 Selo: 0073437-EZK11201802.00303, 0073437-EZK11201802.00304.

Cartório Único Ofício  
Brejo da Mãe de Deus - PE  
(81) 3747-1213

\*Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/eleidigital](http://www.tjpe.jus.br/eleidigital)

ARUANA SEGURODORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 014205357660  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 954244133 2018

NOME  
MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CARUARU-PE 0

CPF / CNPJ PLACA  
079.577.824-42 RHT0131

PLACA ANT. / DT CHASSI  
9C2MD34008R010328

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA / XR 250 TORNADO 2006 2006

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
250 / 249CL PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
IPVA 2018 QUITADO 1º \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º \*\*\*\*\*  
A 1 \*\*\*\*\* 3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

CARUARU 14/05/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014205357660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCIO JOSE 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

CARUARU-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 14/05/18

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 079.577.824-42 RHT0131

RENAVAM MARCA / MODELO  
954244133 HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB. OIL INJE. Nº CHASSI  
2006 09 9C2MD34008R010328

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R\$)  
SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.242.002/0001-24

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2018



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TAVARES BURIL

C.17

6437175

DATA DE EMISSÃO 16.08.1999

MARCOS ROBERTO DE LIMA

RELACÃO

Robertô Gonçalves de Lin  
Severina Regina de Lima

NATURALIDADE

Cajuru, PE

DATA DE NASCIMENTO

25.03.1985

DOC. ORDEM

72982-L.A. 65-F. 285-Cart. d.

3ª Zona do Recife, PE

marcos roberto de lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.119 DE 29/06/81

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](http://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

"A Rôgo"  
ARJANA SEGURODORA



Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.088, de 25/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CARTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Rm. Vitor Rangel, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 05.835.932/0001-08 | Insc. Est. 05.01943-00 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
NOELI MARIA FAUSTINO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA DOM PEDRO I 279

CPF 052 088 424-49 NIS 78515554408

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

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BARRA RENDA COM NIS  
Monofásica

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
036823342	UNICA	23/10/2018
PERÍODO DE VENCIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REMISSÃO
23/10/2018	2018028508	0524112

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO-UNIT	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,0000000	0,19782021	5,94
Consumo Acima superior a 30 até 100 kWh	45,0000000	0,31357750	14,11
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,64
Contribuição para o PIS/Pasep			3,05
Multa por atraso NF 032007737 - 21/09/18			0,32
Juros por atraso NF 032007737 - 21/09/18			0,37
Atualização ICPM NF 032007737 - 21/09/18			0,05

TOTAL DA FATURA

24,95

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	DATA DA LEITURA	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ANEXO	CONSUMO (KWH)
217011001	21-06-2018	619,30	23-10-2018	744,00	52	1,3333			74,00

PERÍODO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
OUT 18	75	ICMS	7,23	0,44	Derivação de Energia	R\$ 10,82	44,15%
SET 18	20	PIS	21,53	2,90	Transmissão	R\$ 1,30	5,24%
AUG 18	15	COPIS	21,53	2,90	Atenuação e Perdas	R\$ 9,05	36,15%
JUL 18	09				Perdas de Energia	R\$ 1,30	5,24%
JUN 18	06				Energia Semelhante	R\$ 0,80	3,21%
MAY 18	05				Tributação	R\$ 0,77	3,09%
ABR 18	04				Taxa	R\$ 21,83	87,91%
MAR 18	04						
FEB 18	07						
JAN 18	03						
DEZ 17							
NOV 17							
OUT 17							

Consumo médio mensal: 74,00 KWh  
Consumo médio superior a 30 até 100 KWh

TAXAS APLICADAS

ICMS: 7,23  
PIS: 21,53  
COPIS: 21,53

Derivação de Energia: R\$ 10,82 (44,15%)  
Transmissão: R\$ 1,30 (5,24%)  
Atenuação e Perdas: R\$ 9,05 (36,15%)  
Perdas de Energia: R\$ 1,30 (5,24%)  
Energia Semelhante: R\$ 0,80 (3,21%)  
Tributação: R\$ 0,77 (3,09%)  
Taxa: R\$ 21,83 (87,91%)

Consumo médio mensal: 74,00 KWh  
Consumo médio superior a 30 até 100 KWh

RESUMO DO FISCAL

6674 7258 RUA CASA AGUA DEB CUBO DIAO

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pagamento por meio de boleto bancário ou depósito em nome da Companhia Energética de Pernambuco. O cliente é responsável por manter o pagamento em dia. A falta de pagamento pode resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800 00 00 00.


Atenção: Este documento é uma cópia da fatura original. A fatura original é a única válida para fins legais. A fatura original deve ser guardada com cuidado. A fatura original deve ser apresentada em caso de qualquer dúvida ou contestação.

RUANA SEGURADORA

" A ROGO "



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376363/19

**Vítima:** JOSE JOSIVALDO DA SILVA

**CPF:** 011.790.334-50

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 08/06/2018

**CPF de:** Próprio

**Títular do CPF:** JOSE JOSIVALDO DA  
SILVA

### 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](http://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 DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLASTIC  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME: **MARIO JANDOIR DE ARAUJO**  
 SOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **2923963 SDE PE**  
 CPF: **386.058.134-15** DATA NASCIMENTO: **04/09/1964**  
 FILIAÇÃO: **ANTONIO FERREIRA FILHO**  
**MARTA JOSE SIQUEIRA**  
 PERMISSÃO: **PROVISÓRIA** ADO: **PROVISÓRIA** EXT. NOME: **AD**  
 Nº REGISTRO: **00556750519** VALIDADE: **27/09/2022** / HABILITAÇÃO: **04/06/1986**

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Mario Jandoir de Araujo*  
 LOCAL: **CARUARU, PE** DATA EMISSÃO: **28/09/2017**  
 Assinatura do Emissor: *Carlos Anderson Souza Ribeiro*  
 Diretor Presidente  
 Assinatura do Emissor: **94108543540**  
**PE065929254**  
**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1485415452

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1485415452

ARUANA SEGURADORA



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

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

Assinatura

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/02/00

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÓRTEC  
GERAL

6439763

DATA DE  
EXPIRAÇÃO 16.08.1999

NOME

JOSE JOSIVALDO DA SILVA

PRIMAÇÃO

José Júlio Ferreira  
Inacia Regina da Silva

NACIONALIDADE

Caruaru-PE

DATA DE NASCIMENTO

25.08.1973

DOU ORIGEM

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

2º Dist Caruaru-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TAVARES BURIL

01-R-02



Não Alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Acupuntura  
 Análises Clínicas  
 Angiologia  
 Alergologia  
 Biópsia  
 Cardiologia  
 Cardiovascular  
 Clínico Geral  
 Cirurgião Geral  
 Otiologia e Colposcopia  
 Dermatologia  
 Ecocardiografia  
 Endocrinologia Infantil  
 Fisioterapia  
 Fonoaudiologia  
 Endocrinologia  
 Geriatria  
 Gastroenterologia  
 Implantes Dentários  
 Neurologia  
 Neurologia infantil  
 Nutrição  
 Mastologia  
 Mamografia  
 Laboratório  
 Odontologia  
 Ortodontia  
 Otorrinolaringologia  
 Oftalmologia  
 Pediatria  
 Psicologia  
 Proctologia  
 Raio X  
 Radiologia  
 Reumatologia  
 Teste Ergométrico  
 Ultrassom  
 Urologia  
 Vacinação  
 e outras especialidades

"A prevenção é de fundamental  
 importância para manutenção  
 da qualidade de vida"  
 MACHO SE

Centro Médico

**GAPE**

10 10192 506

IVANILDO BARRAL

Relatório Médico

Paciente de 65 anos de idade  
 com diagnóstico de hipertensão arterial  
 em 2017, tendo em acompanhamento  
 para fazer exames de rotina,  
 onde foi feito o hemograma  
 e a glicemia de jejum, com  
 os resultados dentro da normalidade,  
 estando neste momento  
 em acompanhamento.

21/04/2019



CRM 116.777  
 Ortopedia e Clínica de Dor  
 Dr. Marcio Lima

**"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



**LAUDO MÉDICO (DPVAT)**

NOME/CPF:

011.740.334-50

José José do Silva

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

Imamu - PE / 08/06/18

DATA DA CIRURGIA:

09/06/18

HISTÓRIA CLÍNICA:

Agravado por acidente com (risco)  
Espleno. Realizado esplenectomia  
RSRCs (100% Poder)



Dr. Gustavo

**LIBÓRIO**

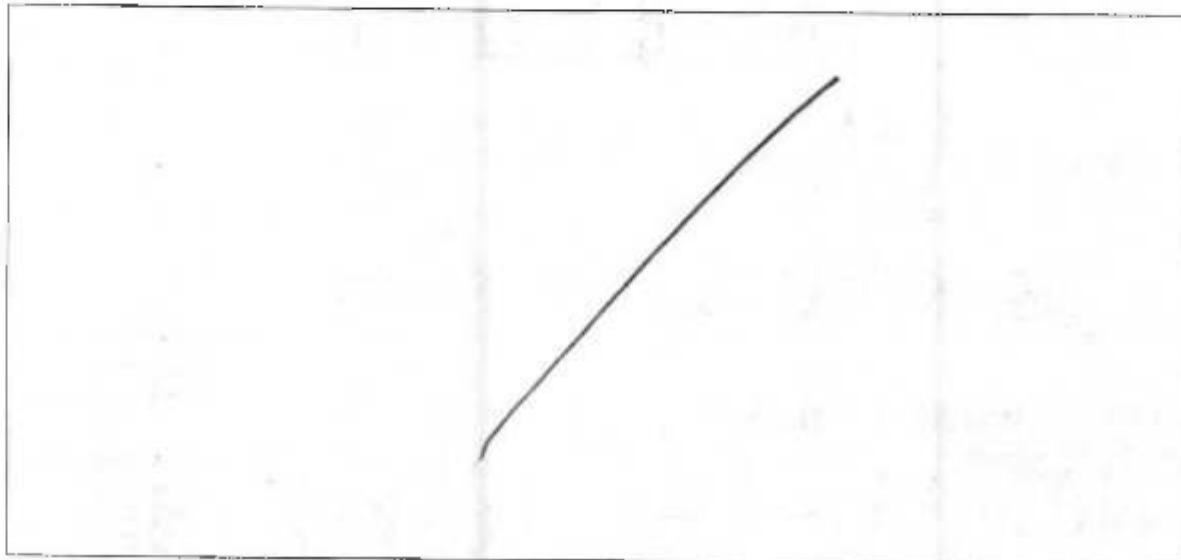
CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



**ORTOP**

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE



**FISIOTERAPIA :**

20 sessões

**DATA DA ALTA MÉDICA :**

02/10/19

Dr. Gustavo Libório  
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO  
CRM 15582-TEOT 13985  
TITULAR SBOT/SBTO/ASAM

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA-TRAUMA

RECONSTRUÇÃO

CRM15582 - TEOT 13985

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau  
Caruaru-PE ortop.agreste@hotmail.com

81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



## 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"/> TRANSFERE
<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 CONSCIÊNCIA 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 SEGUIDA, O PACIENTE ENCONTRA-SE APTO PARA ALTA HOSPITALAR.

## EXAMES COMPLEMENTARES

(TODOS EM ANEXO)

TAC DE CRANIO  
TAC DE CÔLUNA 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 TAMBEM NA LINGULA, ASSOCIADA A BRONCOGRAMAS AEROS E REALCE HOMÓGENEO AO CONTRASTE. ESTES ACHADOS PODEM CORRESPONDER A ÁREAS DE ATELECTASIA NO LOBO INFERIOR ESQUERDO, PROCESSO INFLAMATORIO/INFECCIOSO PARTICIPA DO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
- 3) EVIDENCIAMOS COLEÇÃO LÍQUIDA SUBFRENICA 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 ESTA LOCALIZADA NESSA TOPOGRAFIA, CIRCUNDADA PELA COLEÇÃO DESCRITA, COLEÇÃO INFLAMATORIA/INFECCIOSA É A PRINCIPAL DE CONSIDERAÇÃO.
- 4) IDENTIFICAMOS DENSIFICAÇÃO DOS PLANOS ADIPOSOS E DO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO NA LINHA MEDIA, EM REGIAO UMBILICAL E SUPRAUMBILICAL, COM PEQUENAS BOLHAS DE AR DE PERMEIO. ESTES ACHADOS PODEM ESTAR RELACIONADOS A PROCESSO INFECCIOSO OU MANIPULAÇÃO CIRURGICA 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 Á PALPAÇÃO, SEM VMG, RHA+

\*ETX: SEM EDEMA DE MMIL, PULSOS SIMÉTRICOS

## DIAGNÓSTICO

POLITRAUMA

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

## 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

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400

11 => cel 999731531  
HQ 2º turno 12/4



**MÉDICOS ASSISTENTES:**

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

*Dr. João Paulo Lima*  
MÉDICO  
CREMEPE 24.793

Data: 20/06/2018

---

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 lâmina de líquido livre no espaço pleural à esquerda.
  2. Áreas de consolidação nos lobos inferiores, notadamente à esquerda e também na lingula, 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 cm<sup>3</sup>). 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 infeccioso 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

<b>NOME:</b> JOSE JOSIVALDO DA SILVA	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1636289	<b>ATENDIMENTO:</b> 00983586
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 25/08/1973	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 09/06/2018 Às	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 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 ESLENICA EM POLO INFERIOR GRAU III SANGRANTE.

**Observação:**

**Encaminhado para:**

- 1.ENCAMINHADO AO CRTE 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

5.5.1.2.94.8

**UPA24h**  
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

### AFERICAÇÃO:

**Peso:**

P.A Sistólica: PAS: 73 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

**Altura:**

P.A. Diastólica: PAD: 52 MMHG

HGT:

**Temperatura:**

Freq. Cardíaca:

### 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

### Conduta:

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

### Evolução:

**Dr. Silas Xavier**

Médico

CRM/PE: 24480

Ass. do Médico

Dr(a): **SILAS EMANOEL SOUZA XAVIER CORRÊA**

ARUANA SEGUROSA



**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:

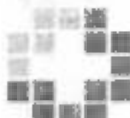
Liberado por: **Vohnson F. M. de Miranda - CRF 1883**

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.



Prontuário: 58468	Data do Pedido: 22 de Setembro de 2018
Nome: JOSE JOSIVALDO DA SILVA	
Pedido: 101371	Data do Exame: 24 de Setembro de 2018
Médico Solicitante: THIAGO CESAR FERNANDES GOMES	
Sector: EMERGENCIA ADULTO	
Idade: 45a Om 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:**

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

Vesícula biliar distendida com importante borramento da gordura perivesicular difusamente principalmente em sua porção mais inferior junto ao cólon 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

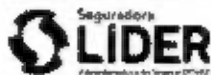
Liberado por: **Tiago Ferreira Gomes - CRBM 2271**

Data liberação: **16/07/2018 13:56**



  
**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](http://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 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 MARIO JANDIR DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 386.055.134 / 16 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JOSIVALDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.790.334 / 50

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R COLONIA</u>	Número: <u>45</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>MAURICIO DE NASSAU</u>	Cidade: <u>CABURU</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>MS SEGURO - JANDIR@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>55012-250</u>	Tel.(DDD): <u>81-9832-9777</u>

Local e Data: CABURU - PE 8 JANEIRO DE 2019

Mario Jandir de Araujo

Assinatura do Declarante



CNPJ 09.769.035/0001-84  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NÚM. - 60152 - MAURÍCIO DE NASSAU  
CARUARU PE 55012-340

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6336914		Mes: 02/2019	
MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO					
R. COLOMBIA, N. 00043 - MAURÍCIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260					
INSCRIÇÃO: 041.541.340 0189.000 GRUPO: 3 DLE AUTOMÁTICO DD6336914					
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA	
		1			
HIDRÔMETRO A03P002937	DATA LEIT. ANTERIOR 22/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 26/03/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) RESID.		
<b>ÁGUA:</b> LEIT ANT: 1548 CONSUMO: 19 LEIT ATU: 1617 LEIT FAT: 1617					
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b>					
REFERENCIA CONSUMO		PA (ANEXOS)	NUMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. Nº 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.
02/2019	17		166	169	169
01/2019	06	TURBIDEZ	166	163	128
12/2018	13	COR APARENTE	166	163	169
11/2018	20	COLOR RESIDUAL	166	163	158
10/2018	16	COLOR TOTAIS	166	163	169
09/2018	09	E. COLI	166	163	169
MEDIA:	14	Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA					
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:		CONSUMO	TOTAL (R\$)		
ÁGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE (S)					
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE		10 M3	413,00		
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		9 M3	42,66		
Multa P/IMPONTUALIDADE 02/2019			1,48		
Juros DE HORA 05/2018 08/2018 09/2018 11/2018			2,93		

ARUANA SEGURODORA





Toda Sociedade Energética Criada para Lei 10.438, de 26/04/02

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. José L. Barreto, 111, Rua Vitor Rangel, Pernambuco - CEP 50050-932  
CNPJ 10.635.303/0001-08 | Fone: 51 301543-09 | www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE  
MARCIA JOSEFA DA SILVA

ENDEREÇO DA URBANIZAÇÃO CONSUMIDORA  
RUA DOA VISTA L.

CPF 090 359 334-35 NIS 16399080944

LOCALIDADE  
CARUARUPE  
55018-150

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

CONTA CONTINUA  
7019931484  
DATA DE VENCIMENTO  
11/10/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
40,80

INSCRIÇÃO FISCAL  
033870886  
RUA  
04/10/2018  
APRESENTAÇÃO  
04/10/2018  
Nº DO CLIENTE  
201408242  
Nº DA INSTALAÇÃO  
781404

#### DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	R\$ 1,900000	5,70
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	R\$ 3,157143	22,10
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	12,0000000	R\$ 4,700000	5,64
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,32
Contribuição Pública Municipal			4,16

TOTAL DA FATURA

40,80

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
V4133	CAF	04-09-2018	9 585,00	04-10-2018	9 615,00	31	30,00

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Mês (ano) (KWH)	Consumo
OUT 18 112	
SET 18 140	
Ago 18 120	
Jul 18 107	
Jun 18 101	
Mai 18 149	
Abr 18 187	
Mar 18 154	
Fev 18 152	
Jan 18 160	
Dez 17 103	
Nov 17 158	
Out 17 00	

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	VALOR DO CONSUMO	%
Consumo Ativo até 30 kWh	5,70	13,97%
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	22,10	54,14%
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	5,64	13,82%
Acrescimo Bandeira VERMELHA	3,32	8,14%
Contribuição Pública Municipal	4,16	10,17%

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	VALOR DO CONSUMO	%
Consumo Ativo até 30 kWh	5,70	13,97%
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	22,10	54,14%
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	5,64	13,82%
Acrescimo Bandeira VERMELHA	3,32	8,14%
Contribuição Pública Municipal	4,16	10,17%

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Consumo Ativo até 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Acrescimo Bandeira VERMELHA

Contribuição Pública Municipal

TOTAL

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

40,80

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Verifique os dados da fatura antes de pagar. Se houver erro, informe imediatamente a Companhia Energética de Pernambuco.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá interromper o fornecimento de energia elétrica.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá cobrar juros e multa.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar medidas legais.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá cancelar o contrato.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

Se você não pagar a fatura no prazo, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar outras medidas.

ARUANA SEGURODORA  
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 JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE JOSIVALDO DA SILVA 6 - CPF: 033.790.334-50  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: Rua Boa Vista 9 - Número: 72 10 - Complemento: Zona Rural  
11 - Bairro: ITAUNA 12 - Cidade: CURUATU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 550180-000  
15 - E-mail: MSEGUR@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 85.3 3216-6973 17 - Tel.: 99832-9224

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 (341)  
☐ 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)

AGÊNCIA: 2373 CONTA: 32295 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): MARCOS ROBERTO DE LIMA

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 065.799.804-43

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 065.799.804-43

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Marcos Roberto de Lima

38 - 1ª Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES

CPF: 033.420.514-00

Assinatura da testemunha: Francisco Justino Alves

39 - 2ª Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CPF: 079.577.824-42

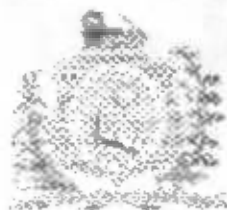
Assinatura da testemunha: Marcio Jose Venus da Silva

40 - Local e Data: CURUATU - 23 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE  
DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197001035**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Causado pelo)  
que aconteceu no dia 26/2018 às 06:30**

Fato ocorrido no 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 SÍTIO POÇOS.  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

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

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: INACIA  
REGINA DA SILVA Pai: JOSÉ JULIO PERREIRA Data de Nascimento: 29/8/1972 Nacionalidade:  
CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 843379338037E (RG), 81175933453  
(CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
84388235253**

**Endereço Residência: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO DE ITAUNA - CEP:  
55068-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO  
CEMITÉRIO.**

**INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: INEXISTENTE  
Pai: INEXISTENTE Data de Nascimento: 9/9/1969 Nacionalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL**

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





2

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a) **MARCIO JOSE VENUS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNAO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT8111 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Registro: **334244133** Chassi:

**9C3M034600R010316**

Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

**AFIRMA A VÍTIMA, QUE NA DATA E HORA SUPRA, GUIAVA A SUA MOTOCICLETA PELA RODOVIA ESTADUAL PE 143, SENTIDO O DISTRITO DE FAZENDA NOVA, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO ACESSO AO SÍTIO POÇOS, UM CACHORRO PASSOU EM FRENTE A SUA MOTO, O QUE FEZ A VÍTIMA ACIONAR O FREIO, VINDO COM ISSO A DERRAPAR E CAIR. RELATA QUE, APESAR DAS DORES APÓS A QUEDA, LEVANTOU, LIOU 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.**

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

X  **JOSE JOSIVALDO DA SILVA**  
 (VÍTIMA)

S.O. registrado por **TAQUETIPE LOPES NUNES** - Matrícula: **3306821**



ARUANA SEGURADORA  
 14 JAN 2013  
 11/12/2018 18:33

# 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 JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE JOSIVALDO DA SILVA 6 - CPF: 033.790.334-50  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: Rua Boa Vista 9 - Número: 72 10 - Complemento: Zona Rural  
11 - Bairro: ITAUNA 12 - Cidade: CURAÇARI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 550180-000  
15 - E-mail: msseguro.jardim@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 85.3 3216-6973  
17 - Tel.(DDD): 85.3 3216-6973

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 (341)  
☐ 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) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2373  CONTA: 32295  4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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)

38 - 1ª Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES

CPF: 033.420.514-00

Francisco Justino Alves  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CPF: 079.577.824-42

Marcio Jose Venus da Silva  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CURAÇARI - 23 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

---

**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



---

**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 JANDOUR 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

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 08/06/2018

**Titular do CPF:** JOSE JOSIVALDO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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 (Vítima beneficiária)

NOME: JOSE JOSIVALDO DA SILVA  
RG: 6439763, CPF: 01179033950, EST. CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AGRICULTOR  
END: RUA BOA VISTA N° 12  
BA ITAUNA, CIDADE BREJO DA M D. DEUS, UF: PE

### OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO ZANDOIR DE ARAUJO  
RG: 2923963, CPF: 78605873419, EST. CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ALFOMOMO  
END: RUA COLOMBIA N° 43  
BA MAURICIO DE NASCIMENTO, 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 Seguradora 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: 011.790.334-50

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: FACENDA NOVA  
CIDADE BREJO DA M D. DEUS, UF: PE

### TESTEMUNHAS:

Nome: FRANCISCO JUSTINO ALVES  
CPF: 033420514-00 RG: 61835  
END: TV I EST MARIA, N° 770, BAIR: FAC. NOVA CDD: BREJO DA M D. DEUS UF: PE  
Nome: MARCIO JOSE VENUS DA SILVA  
CPF: 079582824-42 RG: 7591653  
END: RUA BOA VISTA, N° 5/N, BAIR: VILA ITAUNA CDD: BREJO DA M D. DEUS UF: PE

MARCOS ROBERTO DE LIMA

(ASSINATURA DO ROGO, Reconhecer firma por

autenticidade)

Francisco Justino Alves

DA TESTEMUNHA

(ASSINATURA

1) Marcio Jose Venus da Silva

TESTEMUNHA 2)

(ASSINATURA DA

BREJO DA MADRE DE DEUS  
(LOCAL E DATA)

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

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

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARCOS ROBERTO DE LIMA Dou  
fé. 23 de novembro de 2018 ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA -  
OFICIAL. Emolumentos R\$ Ferc R\$ 0,40 Tscr R\$ Total R\$  
4,79 Selos: 0073437-5111201802.00300.

Cartório Único Ofício  
Brejo da Madre de Deus - PE  
(81) 3747-1213

"Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)"

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

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelião/Oficial | Av. Getúlio Vargas, 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 fé. 23 de novembro de 2018 ROZANIA  
MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL. Emolumentos R\$  
Ferc R\$ 0,80 Tscr R\$ Total R\$ 9,58 Selos: 0073437-5111201802.00303,  
0073437-EZB11201802.00304.

Cartório Único Ofício  
Brejo da Madre de Deus - PE  
(81) 3747-1213

"Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)"

ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2018



TESTE MÚLTIPLA (1)

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0605943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
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: 067.322.434-02

## 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

2001679148

## Nº DA INSTALAÇÃO

0000499292

## 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

## CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL  
Monofásica

## RESERVADO AO FISCO

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

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	140,00	0,51712484	72,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 036375644-22/10/18			0,67
Multa por atraso-NF 036375644 - 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 036375644 - 22/10/18			0,87
Atualização IGPM-NF 040072375 - 22/11/18			0,31
Atualização IGPM-NF 036375644 - 22/10/18			0,89
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>79,56</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
72,91	25,00	18,22	72,91	0,78	0,57	72,91	3,61	2,63

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,30060000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	DEZ 18	NOV 18	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17
kWh	140	157	156	119	111	108	96	100	96	116	125	135	141

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	23,83	31,97
Transmissão	5,41	4,89
Distribuição (Celpe)	18,34	21,86
Energias Setoriais	4,10	5,22
Tributação	21,42	29,38
Fundo de Energia	5,82	6,89
<b>TOTAL</b>	<b>72,91</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AUMENTO	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MG41737	CAT	22/11/2018	10.147,00	22/12/2018	10.287,00	30	1.00000	0,00	140,00

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

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	COMANDO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
out/2018					
DIC-No de horas sem Energia	CAMPUS	0,00	5,31	14,83	21,23
FIG-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	8,47	12,85
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	9,80	9,80
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,96					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos Indicadores DIC, FIG, DMC e DICR a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você farmácia mas não esqueça - 31.01.2019  
São Judas Tadeu: av. Heliópolis 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.  
☐ cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 31,01.  
☐ Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEL 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
007027174935	12/18	79,56	02/01/2019	Este canhoto será usado em leitora ótica.









MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro 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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
 Ouvidoria 0800 282 5588  
 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  
 187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>MARINALVA GOMES DA SILVA</b> CPF: 370.784.344-15	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>11/01/2019</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>80,03</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>04/01/2019</b> <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>04/01/2019</b> <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>04520852</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>002710355013</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2002502825</b> <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>8060781751</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> <b>RUA BOA VISTA</b> <b>VILA ITAUNA/ITAUNA</b> <b>55018-290 CARUARU PE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2018), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>2AEF.E58D.484D.AC0E.12CA.ED20.44B6.3DD2</b>		

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		105,08	0,71979822	75,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal				4,46
TOTAL DA FATURA				80,03

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,57	28,00	18,89	75,57	0,40	0,34	75,57	2,00	1,57

TARIFAS APLICADAS		
Consumo Ativo(kWh)	0,52159880	

HISTÓRICO DO CONSUMO		
JAN 19		105
DEZ 19		92
NOV 19		101
OUT 19		98
SET 19		84
AGO 19		87
JUL 19		51
JUN 19		91
MAI 19		89
ABR 19		94
MAR 19		81
FEV 19		95
JAN 18		101

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Derivação de Energia	24,46	32,41
Transmissão	3,83	4,89
Distribuição (Cabo)	16,96	22,44
Encargos Setoriais	4,37	5,78
Tributos	26,89	27,82
Perdas de Energia	5,33	7,06
TOTAL	78,87	100

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Recb	Valor
11/02/15	07/04/15	30,12
14/07/14	03/09/14	22,92

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 REN 414/Anel. Podem ocorrer após de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MA48197	CAT	07/12/2018	20.946,90	04/01/2019	21.021,00	28	1,00000	0,00	100,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
nov/2018					
DIC-No. de horas sem Energia		4,08	6,31	19,62	21,20
FIC-No. de vezes sem Energia		3,00	3,30	6,00	13,20
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,05	3,00	6,00	9,00
DICRI-Duração de Interrupção em de crítica					
			Limite DICRI: 13,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 28,80					
Todo Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto da vocal do intermediador de negócios: Avenida Izaac Dourado São Francisco / m g de Lima - Mercado - mai: rua brasileiro cordão de oliveira são francisco lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrada o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL 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
002710355013	01/2019	80,03	11/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

TESTE MWHA(2)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criação pela Lei 10.438, de 28/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.935.932/0001-08 | Tel: (81) 3096-3000 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARIVALVA JÚNIOR DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA BOA VISTA

CPF 370.764.344-15

VILA ITALIANA/TAUNA  
CARUARU/PE  
55018-250

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

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

ÍTEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
01	Consumo Abonado	107,000000	6,81129800	67,54
02	Contribuição Iluminação Pública			3,80
03	ICMS Substituição COE-4F 000048113-03/05/11			0,52

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Consumo Abonado  
Contribuição Iluminação Pública  
ICMS Substituição COE-4F 000048113-03/05/11

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
107,000000	6,81129800	67,54
		3,80
		0,52

TOTAL DA FATURA 71,86

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

71,86

Nº DO MEDIDOR	TPD DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWh)
004402	CA1	000000	107,0000	11/08/2016	107,0000	30	1,00000		107,00

**MÉTODOS DE CONSUMO**

**INFORMAÇÕES DE TARGUOS**

**COMPOSIÇÃO DE PREÇOS**

MÊS	CONSUMO (KWh)	PREÇO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	DESCRIÇÃO	VALOR	%
Jul 16	107	17,54	25,00	14,50	Contribuição de Energia	25,00	37,50
Jul 16	114	17,54	25,00	14,50	Transmissão	14,50	22,50
Jul 16	117	17,54	25,00	14,50	Distribuição (Custo)	14,50	22,50
Jul 16	120	17,54	25,00	14,50	Energia Comercial	6,80	10,50
Jul 16	114	17,54	25,00	14,50	Outros	10,54	16,00
Jul 16	108	17,54	25,00	14,50	Total	67,84	100,00
Jul 16	127	17,54	25,00	14,50	Tarifas kWh Fixas	0,44	0,60
Jul 16	135	17,54	25,00	14,50			
Jul 16	108	17,54	25,00	14,50			
Jul 16	108	17,54	25,00	14,50			
Jul 16	117	17,54	25,00	14,50			
Jul 16	120	17,54	25,00	14,50			
Jul 16	114	17,54	25,00	14,50			
Jul 16	108	17,54	25,00	14,50			

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

De acordo com a Lei nº 10.438, de 28/04/2002, a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que não possuem acesso à rede elétrica e/ou que não possuem condições financeiras para pagar a tarifa normal. O cliente deve apresentar a documentação necessária para comprovar a situação de vulnerabilidade econômica e social, bem como a falta de acesso à rede elétrica. A tarifa social é concedida por meio de uma inscrição no sistema de tarifas sociais, que deve ser renovada anualmente. O cliente deve apresentar a documentação necessária para comprovar a situação de vulnerabilidade econômica e social, bem como a falta de acesso à rede elétrica. A tarifa social é concedida por meio de uma inscrição no sistema de tarifas sociais, que deve ser renovada anualmente.

**INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO**

DATA	VALOR	DATA	VALOR
11/08/2016	71,86	11/08/2016	71,86

Atenção: a tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores que não possuem acesso à rede elétrica e/ou que não possuem condições financeiras para pagar a tarifa normal. O cliente deve apresentar a documentação necessária para comprovar a situação de vulnerabilidade econômica e social, bem como a falta de acesso à rede elétrica. A tarifa social é concedida por meio de uma inscrição no sistema de tarifas sociais, que deve ser renovada anualmente.

De acordo com a Lei nº 10.438, de 28/04/2002, a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que não possuem acesso à rede elétrica e/ou que não possuem condições financeiras para pagar a tarifa normal. O cliente deve apresentar a documentação necessária para comprovar a situação de vulnerabilidade econômica e social, bem como a falta de acesso à rede elétrica. A tarifa social é concedida por meio de uma inscrição no sistema de tarifas sociais, que deve ser renovada anualmente.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
 MARCIO JOSE VENUS DA SILVA



RG-EXTRATO - GRUPO DE W  
 7591653 RD8 PS

CVE  
 079.577.924-42 DATA NACIMENTO  
 10/12/1986

ENDEREÇO  
 DAMASIO VENUS DA SILVA  
 MARINALVA GOMES DA  
 SILVA

PROFISSÃO  
 SOC CATIVA  
 AD

UF-EXTRATO  
 05347526599 VIGENCIA  
 21/01/2021 1ª EMISSÃO  
 09/11/2011



Assinatura do Titular da Carteira

LOCAL  
 JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
 21/01/2016



15138460086  
 78031965210

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1226863918

PROFISSÃO PLASTIFICAR  
 1226863918

TESTEMUNHA (2)

ARUANA SERRADOURA  
 31 JAN 2013

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE JOSIVALDO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 8/6/18 CPF DA VÍTIMA 011.790.334-50  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA  
 Nº 43 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO MURICIO DE NASCIMENTO  
 CIDADE CARUARU UF PE CEP 55042-260  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 99732-9777

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA Mário da Silva

### RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME ARUANA SEGURADORA  
 ASSINATURA 14 JAN 2018  
Josely





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014205357660  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 954244133 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2018

NOME MARCIO JOSE VENUS DA SILVA

CARUARU-PE U

CPF / CNPJ 079.577.824-42 PLACA KHT0131

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9C2MD34008R010328

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / XR 250 TORNADO ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP / POT / OIL 2F / 249CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1ª \*\*\*\*\*

IPVA 2018 QUITADO 2ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

CARUARU LOCAL DATA 14/05/19

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor-Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014205357660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCIO JOSE 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

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 14/05/18

VIA 1 CPF / CNPJ 079.577.824-42 PLACA KHT0131

RENAVAM 954244133 MARCA / MODELO HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB. 2008 OIL TARE 09 Nº CHASSI 9C2MD34008R010328

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TOTAL ANEXO AO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.800/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2019

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**UNION DAS REPUBLICAS**  
**REPUBLICA DE ALAGOAS**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**

**MARIO JARDOS DE ARAUJO**

**RG IDENTIDADE / RG ENFERM / UF**  
**2923963 SDE PE**

**CPF** **586.059.134-18** **DATA NASCIMENTO** **04/05/1964**

**FILIAÇÃO**  
**ANTONIO FERREIRA FILHO**  
**MARIA JOSE SIQUEIRA**

**PERMISSÃO** **ACC** **CAT HAB**  
**00000000000000000000** **00000000** **18**

**Nº REGISTRO** **00556750619** **VALIDADES** **27/09/2022** **1ª HABILITAÇÃO** **04/05/1964**

**OBSERVAÇÕES**  
**A**

**Assinatura do Portador**  
*Mario Jards de Araujo*

**LOCAL** **CEARAS, PE** **DATA EMISSÃO** **22/02/2017**

**Assinatura do Diretor**  
*Carlos Antônio Jorge Ribeiro*  
**94106943540**  
**PERMISSÃO DO DIRETOR** **PERMISSÃO DO DIRETOR**

**PERNAMBUCO**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1485415452**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1485415452**

**ARUANA SEGRADORA**  
**14 JAN 2023**

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria de Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

Nº de Inscrição  
**011790334-50**

Data do Nascimento  
**25/08/73**



**VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Assinatura  
**JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

Emittido em : **02/02/00**

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

**VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL  
**0039763**

DATA DE EMISSÃO  
**16.08.1999**

**JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

PRIMAÇÃO  
**JOSE JÚLIO FERREIRA**

NATURALIDADE  
**Caruaru-PE**

DATA DE NASCIMENTO  
**25.08.1973**

C.N.2.154 L.A-1 F.267V, Cart.  
**2º Dist Capangá-PE**

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

**CARTÃO DE IDENTIDADE**

ASSINATURA DO TITULAR

**Não Alfabetizado**

**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TAVARES BUIEL

**01-R-02**






**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  
**UPA24h**  
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

### AFERICAÇÃO:

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

### OPD / 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  
CREMEPE: 24460

Ass. do Médico

Dr(a): **SILAS EMANOEL SOUZA XAVIER CORREIA**

ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2018



**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



**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**

## HEMOGRAMA COMPLETO

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

### ERITROGRAMA

#### VALORES DE REFERÊNCIA

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

### LEUCOGRAMA

#### VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos .....	<b>8210</b>	/mm <sup>3</sup>	5000 a 10000/mm <sup>3</sup>
Mieloblastos .....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	
Promielócitos.....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	
Mielócitos.....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	
Metamielócitos.....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100/mm <sup>3</sup>
Bastões .....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	100 a 400/mm <sup>3</sup>
Segmentados .....	<b>53,5</b>	% 4392 /mm <sup>3</sup>	2700 a 6200/mm <sup>3</sup>
Eosinófilos .....	<b>4,9</b>	% 402 /mm <sup>3</sup>	50 a 500/mm <sup>3</sup>
Basófilos .....	<b>1,2</b>	% 98 /mm <sup>3</sup>	0 a 100/mm <sup>3</sup>
Linfócitos Atípicos .....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	
Prolinfócitos .....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	
Linfócitos .....	<b>32,8</b>	% 2692 /mm <sup>3</sup>	1100 a 3300/mm <sup>3</sup>
Monócitos .....	<b>7,6</b>	% 623 /mm <sup>3</sup>	150 a 700/mm <sup>3</sup>
Monócitos Plasmócitos .....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	
Blastos .....	<b>0</b>	% 0 /mm <sup>3</sup>	

**CONTAGEM DE PLAQUETAS: 238000** /mm<sup>3</sup> 140.000 a 400.000/mm<sup>3</sup>

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 7591653, data de expedição 24/05/2004

Órgão S.D.S. PE, portador do CPF nº 079577824-42, com

domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido 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 JOSE JOSIVALDO DA SILVA, cujo o condutor era

JOSE JOSIVALDO DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA XR 250 TORNADO

Ano: 2006

Placa: KHT 0137

Chassi: 9C2MD34008R010328

Data do Acidente: 09-08-2018

Local e Data: BREJO DA 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 (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelião/Obrat (Ex. Oito Camelas, nº 377 - Centro - Brejo da Madre do Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213)

Reconheço Por Autenticidade a firma de:

MARCIO JOSE VENUS DA SILVA Dou fé.

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - OFICIAL

Emolumentos R\$ 3,59 Ferc R\$ 0,40 Tsnr R\$ 0,80 Total R\$ 4,79

Selo: 0973437.CMB10201803.00262. 31/10/2018 10:25:30

\*Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/validadigital](http://www.tjpe.jus.br/validadigital)

Cartório Único Ofício  
Brejo da Madre do Deus - PE  
(81) 3747-1213

ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2019



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 95

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 99.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO JANDDIR DE ARAUJO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 386.055.134 / 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JOSIVALDO DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.790.334 / 50

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JOSIVALDO DA SILVA

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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R COLONIA</u>	Número: <u>43</u>	Complemento:
Bairro: <u>MAURICIO DE NASSAU</u>	Cidade: <u>CABUARO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>MSSEGURO.JANDDIR@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>55012-280</u>	Tel.(DDD): <u>81-8832-9777</u>

Local e Data: CABUARO - PE 8 JANEIRO DE 2019

Mario Jandir de Araujo

Assinatura do Declarante



<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>MATRÍCULA:</b> 6336914 <b>Des/2018</b>	
<b>MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO</b> <b>R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330</b>			
<b>INSCRIÇÃO: 041.541.330.0189.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 006336914</b>			
<b>SITUAÇÃO ÁGUA</b> LIGADA	<b>SITUAÇÃO ESGOTO</b> FATIVEL	<b>RESIDENCIAL</b> 1	<b>QUANTIDADE DE ECONOMIAS</b> COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
<b>HIDRÔMETRO</b> A03P002937	<b>DATA LEIT. ANTERIOR</b> 24/11/2018	<b>DATA LEIT. ATUAL</b> 24/12/2018	<b>TIPO DE CONSUMO (A/E)</b> REAL
<b>ÁGUA:</b> <b>LEIT ANT: 1562 CONSUMO: 13</b> <b>LEIT ATU: 1575</b> <b>LEIT FAT: 1575</b>			
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b>			
<b>REFERÊNCIA CONSUMO</b>		<b>NÚMERO DE AMOSTRAS</b>	
		<b>EXIG. PORT.</b>	<b>ANÁLISES</b>
		<b>Nº 2.914/11</b>	<b>REALIZ.</b>
11/2018	20	<b>TURBIDEZ</b>	<b>ATEMPTM</b>
10/2018	16	166	169
09/2018	09	<b>COR APARENTE</b>	<b>A. LEGL</b>
08/2018	12	166	169
07/2018	15	<b>CLORO RESIDUAL</b>	169
06/2018	15	166	169
<b>MEDIA:</b>	<b>15</b>	<b>COLIF. TOTAIS</b>	169
		<b>E. COLI</b>	169
Qualidade de Água: <a href="http://www.compesa.com.br">www.compesa.com.br</a>			
<b>OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS</b> <b>(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA</b> <b>(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA</b>			
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>		<b>CONSUMO</b>	<b>TOTAL (R\$)</b>
<b>ÁGUA</b>			
<b>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</b>			
<b>ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE</b>		<b>10 M3</b>	<b>41,30</b>
<b>11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3</b>		<b>3 M3</b>	<b>14,22</b>
<b>MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2018</b>			<b>1,77</b>

**ARUANA SEGURODORA**  
**14 JAN 2019**



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
R. José Carlos Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-202  
CNPJ 10.435.933/0001-05 | Insc. Est. 06.994.93-02 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARILIA JOSÉFA DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA BOA VISTA 12

CPF: 090.359.334-35 NIS: 16399080844

ITALIANA LAURIA  
CARUARU PE  
55018-291

**CLASSIFICAÇÃO**  
UT RESIDENCIAL  
Renda Média Mensal  
Manifesto

**DATA CONTRATO** 7019931484  
**VALIDADEZ** 10/2018  
**DATA DE VENCIMENTO** 11/10/2018  
**DATA RECEITA PRÓXIMA FATURA** 06/11/2018  
**TOTAL A PAGAR (R\$)** 40,80

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	ENTRADA
033870102	UFCA	04/10/2018
CONSUMIDOR	Nº DO CONSUMIDOR	Nº DA REGISTRAÇÃO
041103018	2014036242	781404

**DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo até 40 kWh	33,000000	0,103200	5,40
Consumo Ativo superior a 40 até 100 kWh	70,000000	0,111077	21,85
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	12,000000	0,170400	5,84
Atividade Bandeira VERMELHA			3,27
Contrib. Iuri Pública Municipal			4,38

TOTAL DA FATURA

40,80

**DESCRIÇÃO DO GRUPO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	Tipo de Medição	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE TRAF	CONSUMO (kWh)
YH133	CAT	03-10-2018	3.387,00	04-10-2018	3.373,00	21	14,00

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo Ativo até 40 kWh	5,40	13,24%
Consumo Ativo superior a 40 até 100 kWh	21,85	53,55%
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	5,84	14,32%
Atividade Bandeira VERMELHA	3,27	7,99%
Contrib. Iuri Pública Municipal	4,38	10,71%
<b>TOTAL</b>	<b>40,80</b>	<b>100,00%</b>

**TARIFAS APLICADAS**

Consumo Ativo até 40 kWh	0,103200
Consumo Ativo superior a 40 até 100 kWh	0,111077
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	0,170400

**CONSUMO ADICIONAL**

4º DE 1197 CEB1 A047 5101 35EL R140 0138	
--	--

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Verifique no verso desta nota fiscal o valor da energia elétrica consumida e o valor da tarifa aplicada. Caso haja alguma dúvida, consulte o setor de atendimento ao cliente. A Celpe não se responsabiliza por erros de digitação ou por danos decorrentes do uso indevido desta nota fiscal. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido desta nota fiscal. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido desta nota fiscal.

**ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

Valor	Descrição	Valor	Descrição
11/09/18	Consumo Ativo até 40 kWh	5,40	Consumo Ativo superior a 40 até 100 kWh

Atenção: Verifique no verso desta nota fiscal o valor da energia elétrica consumida e o valor da tarifa aplicada. Caso haja alguma dúvida, consulte o setor de atendimento ao cliente. A Celpe não se responsabiliza por erros de digitação ou por danos decorrentes do uso indevido desta nota fiscal. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido desta nota fiscal. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido desta nota fiscal.

ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2019



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

5.1.1.2.94.8  
**UPA24h**  
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

### AFERICAÇÃO:

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

### OPD / 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:

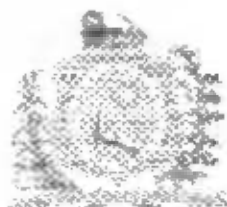
**Dr. Silas Xavier**  
Médico  
CREMEPE: 24460

Ass. do Médico

Dr(a): **SILAS EMANOEL SOUZA XAVIER CORREIA**

ARUANA SEGURADORA  
14 JAN 2018





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE  
DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197001035**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
**que aconteceu no dia 25/2/2018 às 06:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1,  
RODOVIA PE 148 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE  
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO  
ACESSO PARA O SÍTIO POÇOS.**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

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

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: INACIA  
REGINA DA SILVA Pai: JOSÉ JULIO FERREIRA Data de Nascimento: 25/2/1973 Naturalidade:  
CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8438783/SSSPE (RG), 81178833488  
(CPF) Estado Civil: ANOVIADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 81888235282**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO DE ITAÚNA - CEP:  
55448-448 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO  
CEMITÉRIO.**

**INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: INEXISTENTE  
Pai: INEXISTENTE Data de Nascimento: 2/2/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL**

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



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

**NOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO JOSE VENUS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ JOSIVALDO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **NOTOCICLETA/HONDA/CR250 TORNAPO** Objeto apreendido: **MÉ-**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **EMT8131** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **254244131** Chassi:  
**9C2MD3488R010328**  
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**


**Complemento / Observação**

**AFIRMA A VÍTIMA, QUE NA DATA E HORA SUPRA, QUIAVA A SUA NOTOCICLETA PELA RODOVIA ESTADUAL PE 145, SENTIDO O DISTRITO DE FAZENDA NOVA, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO ACESSO AO SÍTIO POÇOS, UM CACHORRO PASSOU EM FRENTE A SUA MOTO, O QUE FEZ A VÍTIMA ACIOMAR O FREIO, VINDO COM ISSO A DESNAPAR 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.**

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

X  **DA SILVA**  
(VÍTIMA)

S.O. registrado por:  **NUNES NUNES** - Matrícula: **3866321**

  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DE BREJO DA MADRE DE DEUS**  
**107ª CIRCUNSCRIÇÃO**

**ARUANA SEGURADORA**  
**14 JAN 2013**

11/12/2018 16:33

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **033.790.334-50** Nome completo da vítima: **JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

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

Nome completo: **JOSE JOSIVALDO DA SILVA** CPF: **033.790.334-50**

Profissão: **RECUSO** Endereço: **RUA BOA VISTA** Número: **12** Complemento: **ZONA-RURAL**

Bairro: **ITAUNA** Cidade: **CARUARU** Estado: **PE** CEP: **55018-290**

E-mail: **M.TANDINO@GMAIL.COM** Tel. (DDD): **85 3362 9777**

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

**RENDA MENSAL:**

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO 237**

AGÊNCIA: **2311** CONTA: **32295** (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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 (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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **CARUARU-PE 08 de Janeiro de 2012**

Nome: **MARCOS ROBERTO DE LIMA**

CPF: **065.799.804-43**

**MARCOS ROBERTO DE LIMA**

(\*) Assinatura de quem assina A RQDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **FRANCISCO JUSTINO ALVES**

CPF: **033.420.544-00**

**Francisco Justino Alves**

Assinatura

2º Nome: **MARCIO JOSE VERNES DA SILVA**

CPF: **073.577.824-42**

**Marcio José Vernes 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 RGO, 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: **033.790.334-50** Nome completo da vítima: **JOSE JOSIVALDO DA SILVA**

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

Nome completo: **JOSE JOSIVALDO DA SILVA** CPF: **033.790.334-50**

Profissão: **RECUSO** Endereço: **RUA BOA VISTA** Número: **12** Complemento: **ZONA-RURAL**

Bairro: **ITAUNA** Cidade: **CARUARU** Estado: **PE** CEP: **55018-290**

E-mail: **M.TANDINO@GMAIL.COM** Tel. (DDD): **85 3362 9777**

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO 237**

AGÊNCIA: **2311** CONTA: **32295** (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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 (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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **CARUARU-PE 08 de dezembro de 2012**

Nome: **MARCOS ROBERTO DE LIMA**

CPF: **065.799.804-43**

**MARCOS ROBERTO DE LIMA**

(\*) Assinatura de quem assina A RQDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º Nome: **FRANCISCO JUSTINO ALVES**

CPF: **033.420.544-00**

**Francisco Justino Alves**

Assinatura

2º Nome: **MARCIO JOSE VERNES DA SILVA**

CPF: **073.577.824-42**

**Marcio Jose Vernes 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 RGO, 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.



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



---

**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 JANDOUR 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