



ELIANE SILVA
Advocacia

PROCURAÇÃO

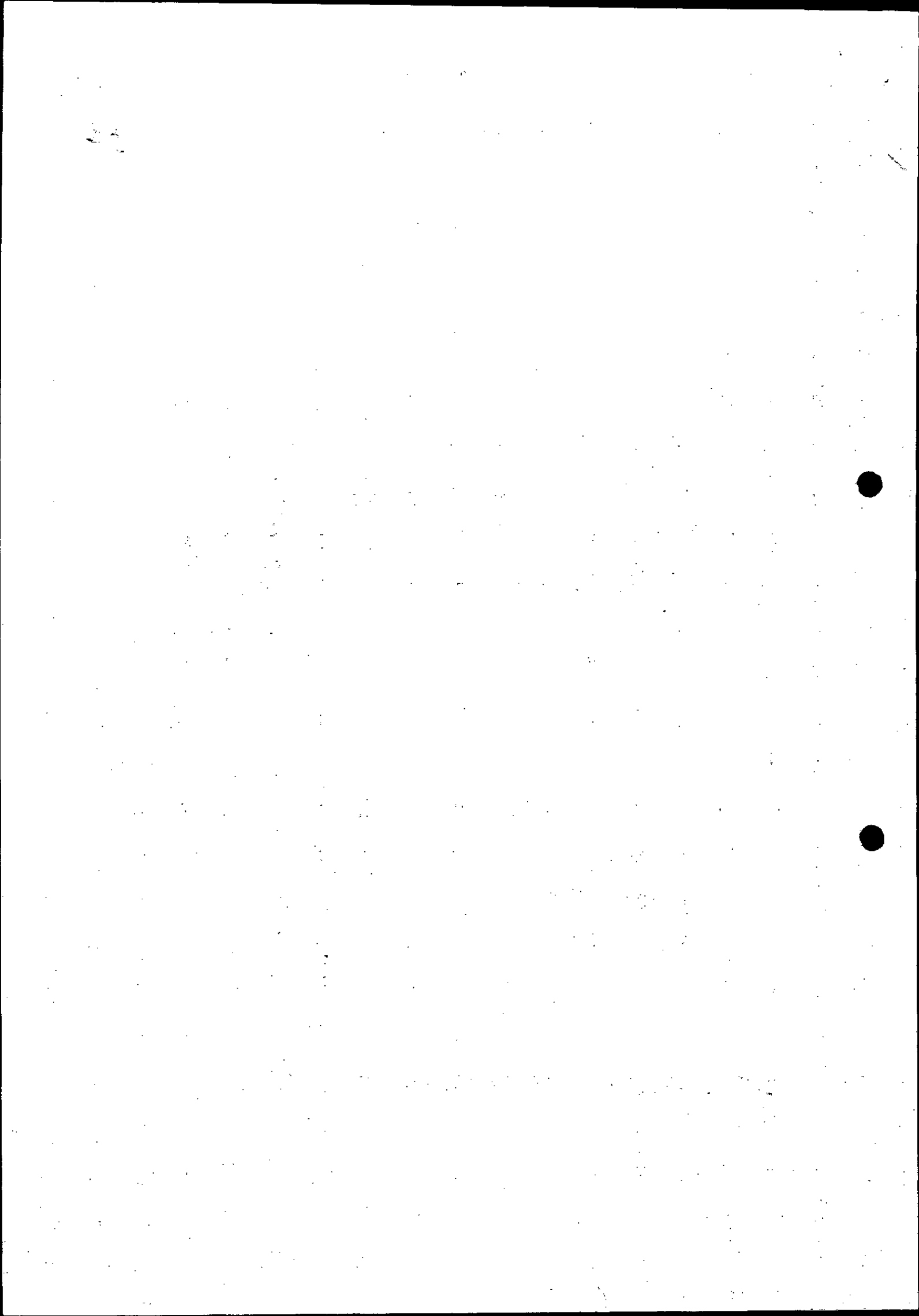
OUTORRGANTE: Alexandre de Oliveira Andrade, brasileiro, casado, Montador, Anal. Edificação, portador da cédula de identidade n.º 2001010197234 SSP/DF, inscrito no CPF/MF sob n.º 001.085.043-60, com endereço Sizenha Ubirajara, Distrito Rodovia, Senador Pompeu/PE

OUTORGADO: ELIANE BARBOSA SILVA, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "Ad-judicia Et Extra", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juízo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu, 11 de Setembro de 2017

Alexandre de Oliveira Andrade
Outorgante



DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

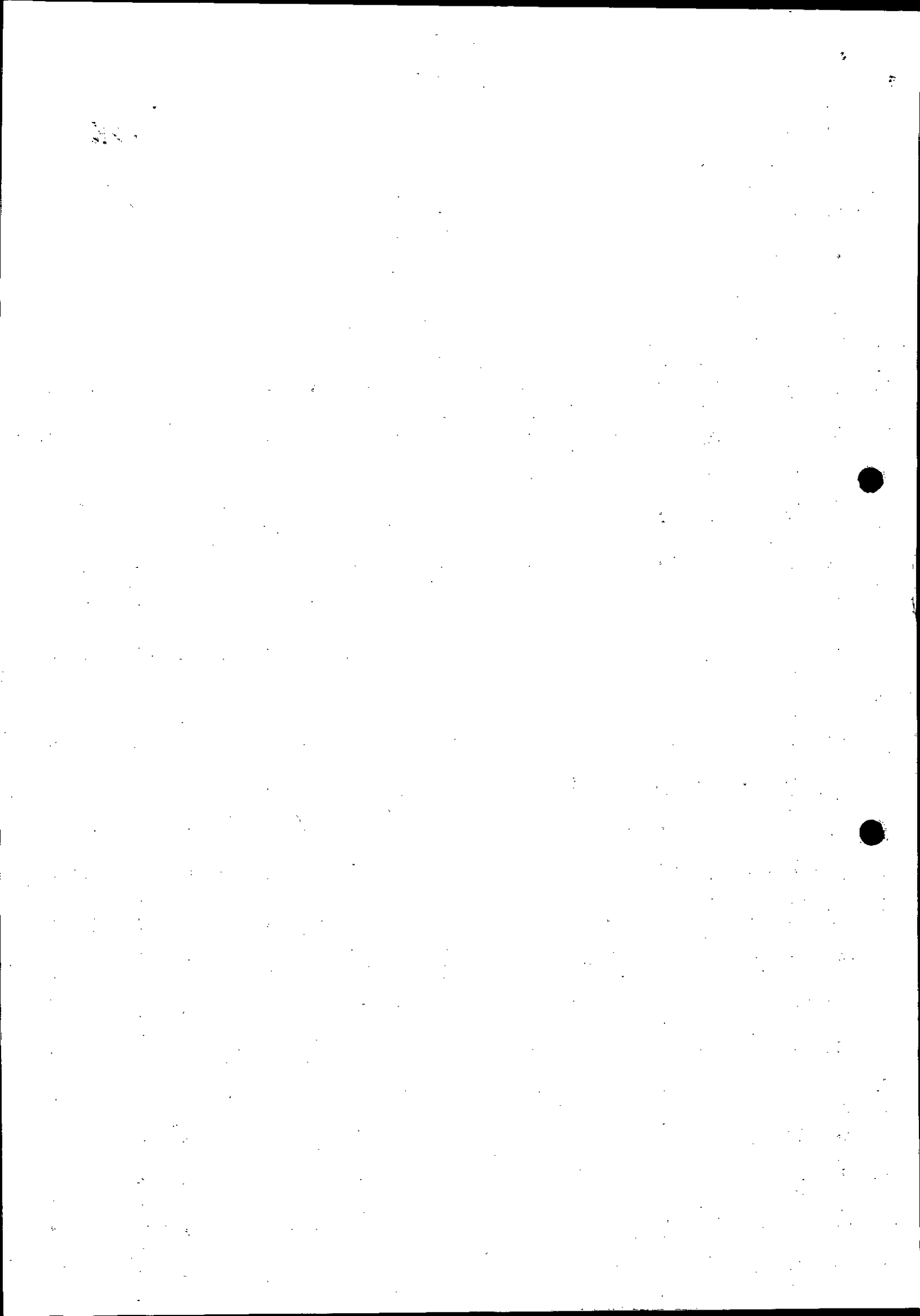


Eu Alexandre de Oliveira Andrade
Profissão Montador And. Edificação
CPF: 603.085.023.60, RG: 2001010107234, residente e
domiciliado(a) à Quilombo Ubenaba
Bairro: Tr. eodla cidade Senador Pompeu, Estado: Pernambuco
declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que não possuo
condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo de
manutenção própria e de minha família, nos termos da lei 1.060/50 e alterações
supervenientes.

Senador Pompeu, 11 de 09 2017

Alexandre de Oliveira Andrade

DECLARANTE



SECRETARIA DE VARI
Fls 09

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANCITO
PATENTES/SAO PAULO DE HABILITACAO

IDENTIFICACAO DO DETENTOR DA PATENTE

2002010197434 68906 CE

27/12/1983

FRANCISCO DE ASSIS
MENEZES DE ANDRADE
VALERIA LUCIA DE
OLIVEIRA ANDRADE

972487194

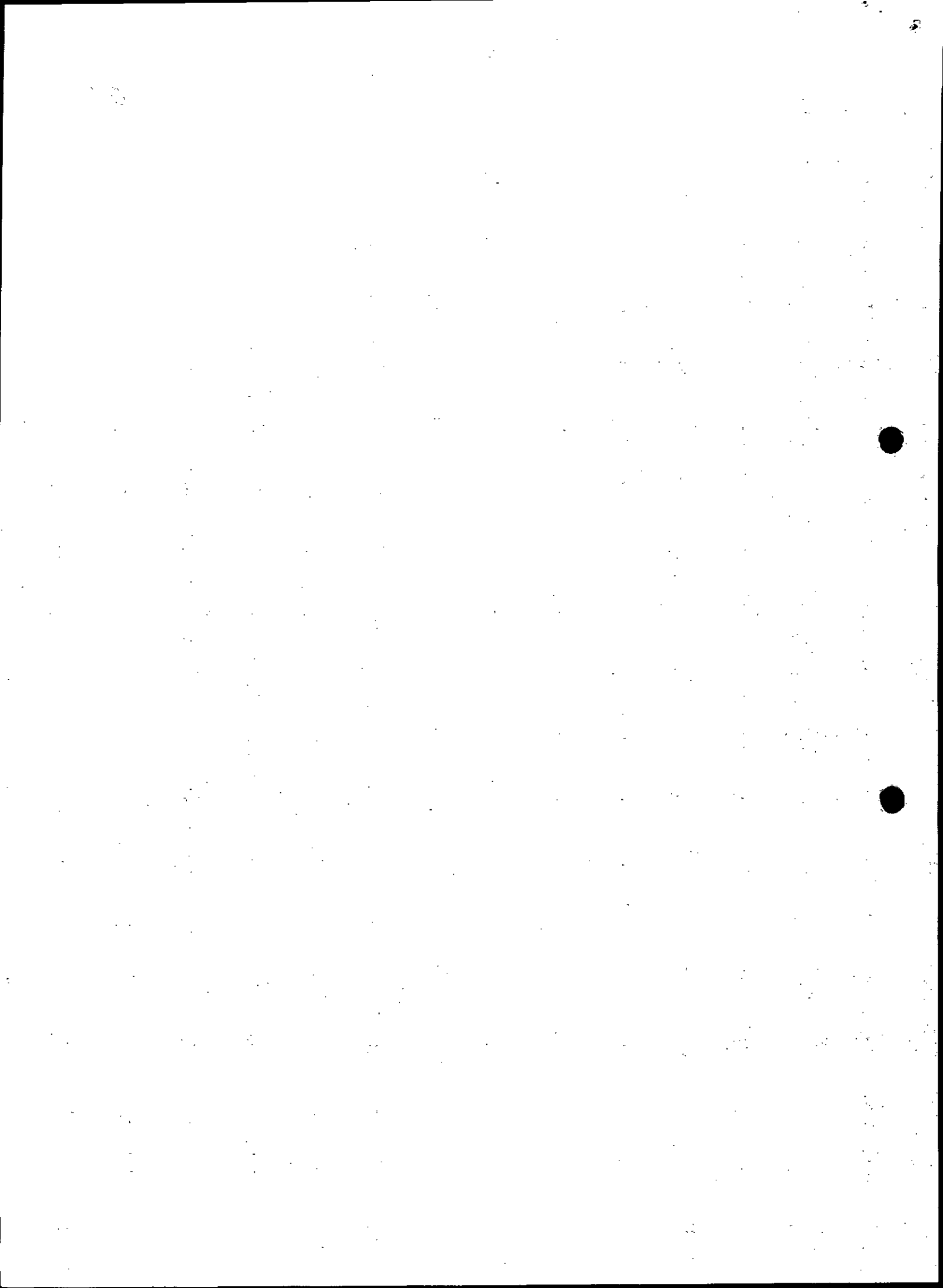
VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

972487194

17/07/2014

00072547314
0142806036

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANCITO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Alexandre de Oliveira Andrade, brasileiro(a),
estado civil casado, profissão Monitor And. Educação
natural de Santa Rita, estado Paraíba
nascido aos 27 / 12 / 1983, filho de Francisco de Assis Tavares
de Andrade e Valéria Dúrcia de Oliveira Andrade,
portador(a) do RG nº 9003030197434 Órgão Expedidor
SSP/PB-PE, CPF nº 601.085.043-60, **DECLARO** conforme
artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Quilombo Uberaba, Distrito Político, Senador Pompeu - PE.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Senador Pompeu - CE., 11 de Setembro de 2017.

Alexandre de Oliveira Andrade
DECLARANTE

THE HISTORY OF THE UNITED STATES

The history of the United States is a story of growth and change. It begins with the first settlers who came to the shores of North America. They brought with them the seeds of a new nation, one that would be built on the principles of freedom and democracy. Over the years, the United States has grown from a small collection of colonies to a powerful world superpower. This growth has been marked by many challenges, but also by many triumphs. The American dream, the idea that anyone can achieve success through hard work and determination, has become a defining characteristic of the nation. The history of the United States is a testament to the resilience and ingenuity of its people.

The United States has a rich and diverse cultural heritage. It is a melting pot of different ethnicities, languages, and traditions. This diversity has been one of the strengths of the nation, allowing it to adapt and thrive in a rapidly changing world. The American way of life, with its emphasis on individualism and innovation, has inspired people around the world. The history of the United States is a story of a nation that has overcome many obstacles and emerged as a global leader. It is a story of hope and possibility, a story that continues to inspire and motivate people today.

Nº DO CLIENTE
6580979-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.423,
de 25 de abril de 2002.

cooico



433101036
31/05/2016
21 14003 12 317000 - 1
MARIA ODILANIA PEIKOTO
FZ LIBERABA 00009
DT COOIA - SENADOR POAPEU - 63600000
13606574 0000 0000
01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA
653948003-00

| Período | Consumo | Preço | Valor | Impostos | Total |
|----------|---------|-------|-------|----------|-------|
| 31/05/15 | 13297 | 1,00 | 13,29 | 0,00 | 13,29 |
| 31/05/16 | 13297 | 1,00 | 13,29 | 0,00 | 13,29 |
| 32 DIAS | | | | | |
| | | | 18,73 | 21,44 | 42,92 |
| | | | 7,67 | 15,34 | 20,69 |
| | | | 5,78 | | 5,78 |

VR. CONSUMO DO MES PREÇO NORMAL 40,26
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA -19,81
MULTA MORATORIA REF 03/2016 0,39
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,18

VENCIMENTO 06/07/2016 VALOR A PAGAR (R\$) 21,96

| COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO | Valor |
|--------------------------------|-------|
| Consumo | 13,29 |
| Taxa de Serviço | 0,00 |
| Distribuição | 0,00 |
| Encargos Setoriais | 2,23 |
| Tributos (ICMS PIS-COFINS) | 2,38 |
| TOTAL | 21,57 |

| Contribuição Social do Consumidor (CSC) | Contribuição de Impostos sobre Produtos (CIP) | Contribuição Ambiental (CA) |
|---|---|-----------------------------|
| 35,81 | 0,00 | 0,00 |

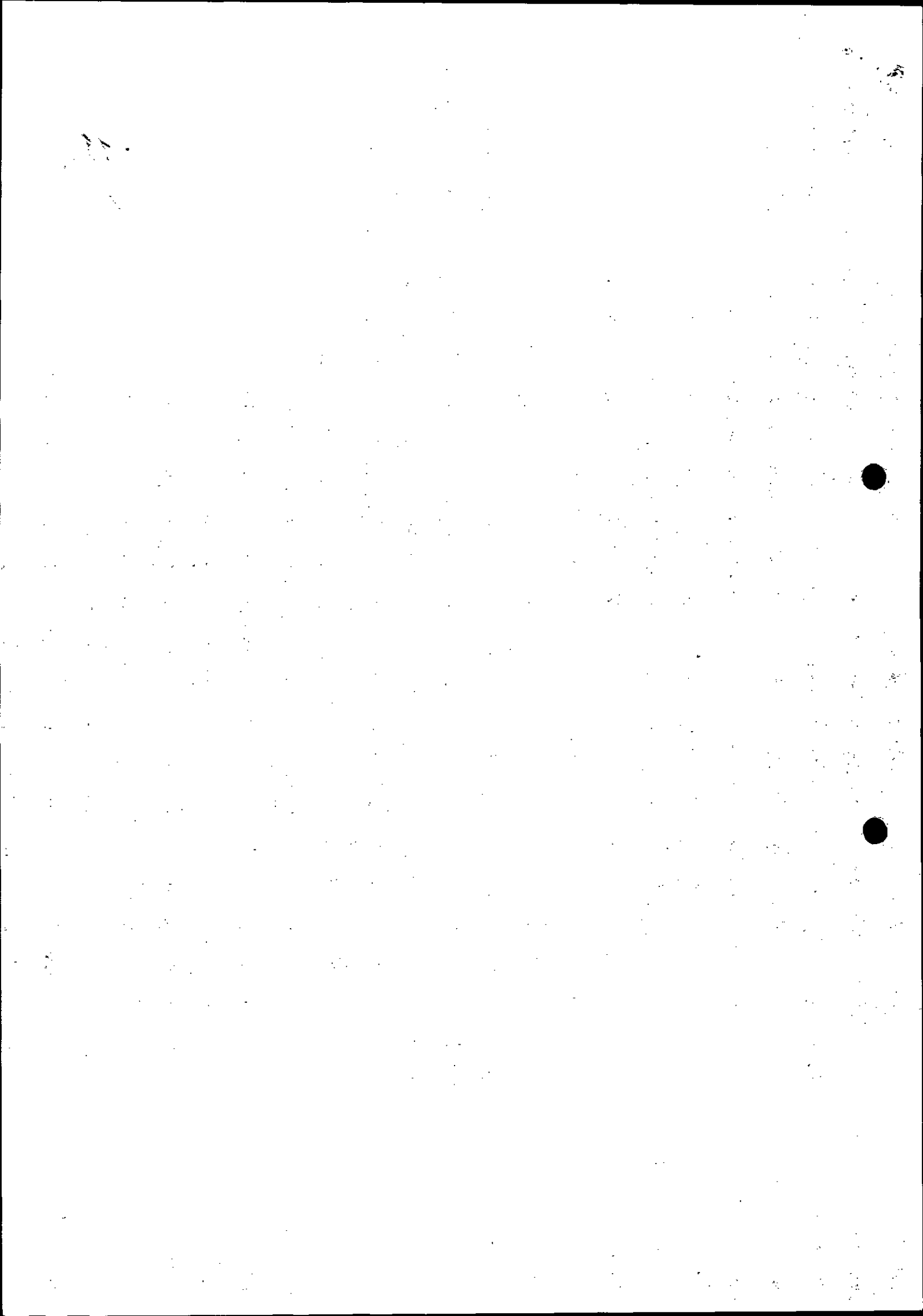
Informações importantes e avisos de vencimento

NO PCI POSSIVEL COLHER LEITURA PFC: FIC MENA-LEIT BIPERITAL ART 96 DEZ 414

Costa desta fatura R\$ 2,38 refere-se a PIS e COFINS.

Nº do Cliente: 6580979-3 Data de Emissão: 31/05/2016 Total a Pagar (R\$): 21,96
Nº da Nota Fiscal: 433101036 Nº do Controle: 0006540979 00016 39162 01





CADASTRO PROEVO Nº

ACERTA (GLEICY)

FICHA DE REGULAÇÃO DE INVALIDEZ E ÓBITO

PARCEIRO: PINHEIRO CELSO-CE - - / **OUTRAS**

SINISTRO DPVAT:

PROCESSO: 54972 ASP:

SINISTRADO: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE**CODIGO: **3 - CONDUTOR**DATA DO NASCIMENTO: **27/12/1983**CPF DO SINISTRADO: **601.085.043-60**

NATUREZA: Invalidez

DATA DO SINISTRO: **05/07/2016**

HORA: 10:30:00

PLACA: NRA-4774 / CE

CAT: **9 - MOTO**

BOLETIM: 551-1666/2016

DELEGACIA: POLICIA CIVIL

UF DELEGACIA: CE

L. DO FATO: SENADOR

UF DO FATO: CE

COMUNICACAO: 30/08/2016

POMPEU

NOME: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE**CPF: **601.085.043-60**BANCO: **001 - Banco do Brasil S.A.**

AGENCIA:

TP CONTA:

CONTA:

0239-9**CORRENTE****17520-X**ENDERECO: FAZENDA UBERABA, 09 - DISTRITO DE CODIA - SENADOR POMPEU
- CE - CEP: 63.600-000

NOME DO PROCURADOR: EDILENE SOARES ROCHA

DATA DE NASCIMENTO: 01/02/1981

CPF: 650.734.873-20

DATA PROCURACAO:
09/09/2016

PROFISSAO: Outros

RENDA: Recusou informar

ENDERECO: AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA, 970 - ZONA URBANA -
SENADOR POMPEU - CE - CEP: 63.600-000

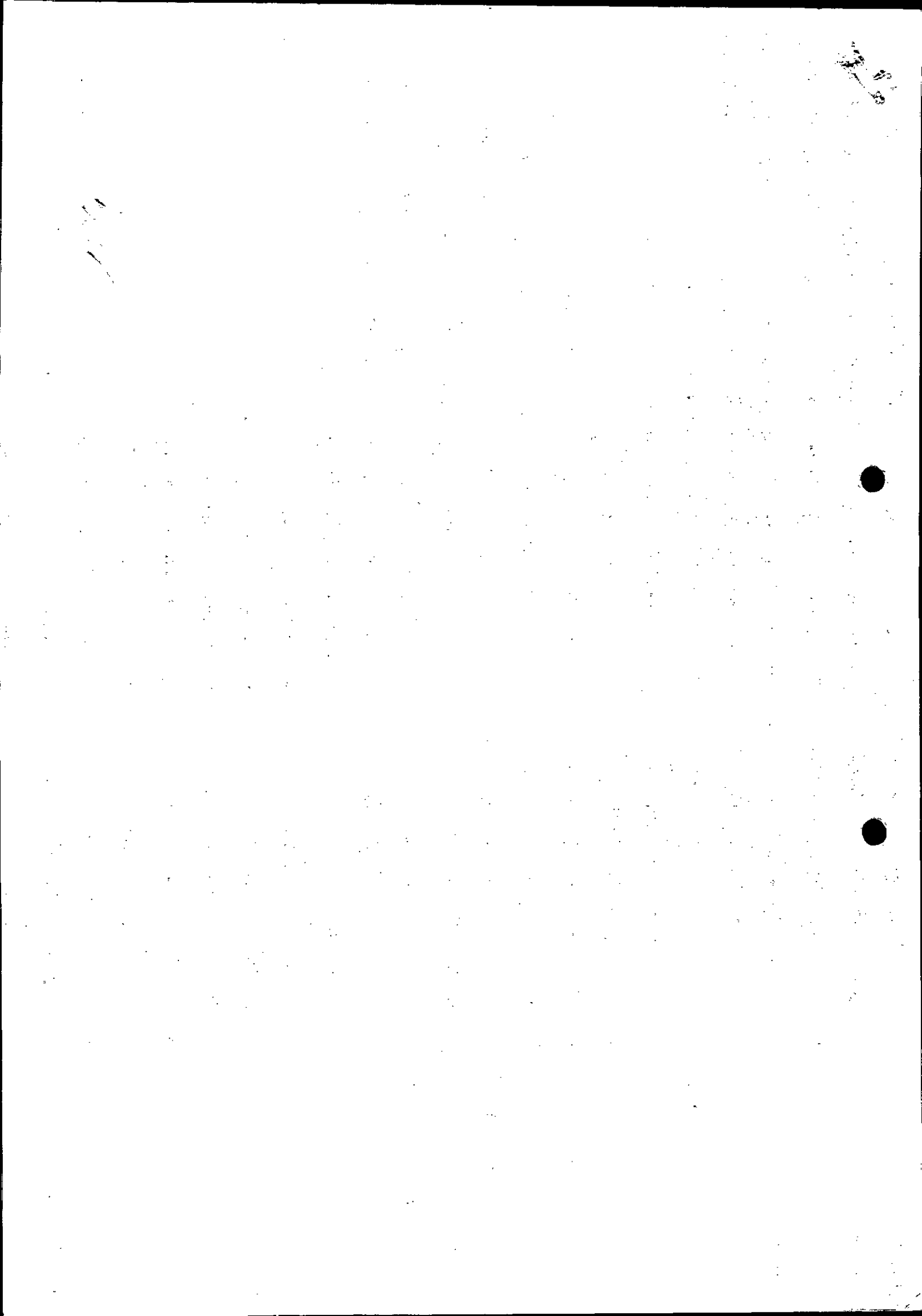
FONE: (85) 9989-0779

PENDENCIA:

Processo Analisado e Aprovado

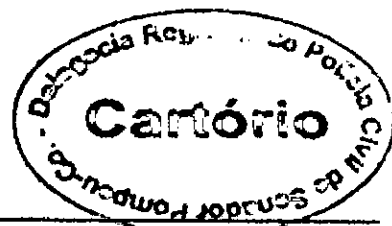
PROCESSO CADASTRADO EM: 01/11/2016

POR: GLEICY





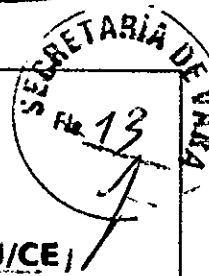
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1666 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **30/08/2016 08:36:16**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/07/2016 10:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 226**
 Complemento:
 Bairro: Município: **SENADOR POMPEU/CE**
 Ponto de Referência: **BR QUE LIGA SEN. POMPEU A CID. MILHA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE**
 Nascimento: **27/12/1983** CPF: **601.085.043-60**
 RG: **2001010197434** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **VALERIA LUCIA DE OLIVEIRA ANDRADE**
FRANCISCO DE ASSIS TAVARES DE ANDRADE
 Endereço: **SITIO UBERABA**
 Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.600-000**
 Município: **SENADOR POMPEU/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99785-2227**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRA4774** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2H802108R022071 Renavam: **136513174** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca /
 Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível:
GASOLINA Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO**
PEIXOTO Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a motocicleta supracitada; Relata o (a) declarante que um caminhão de placas não anotadas ao fazer uma ultrapassagem fechou o declarante, este se desequilibrou, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu trauma em joelho direito, mais ruptura completa do ligamento cruzado anterior; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiro e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

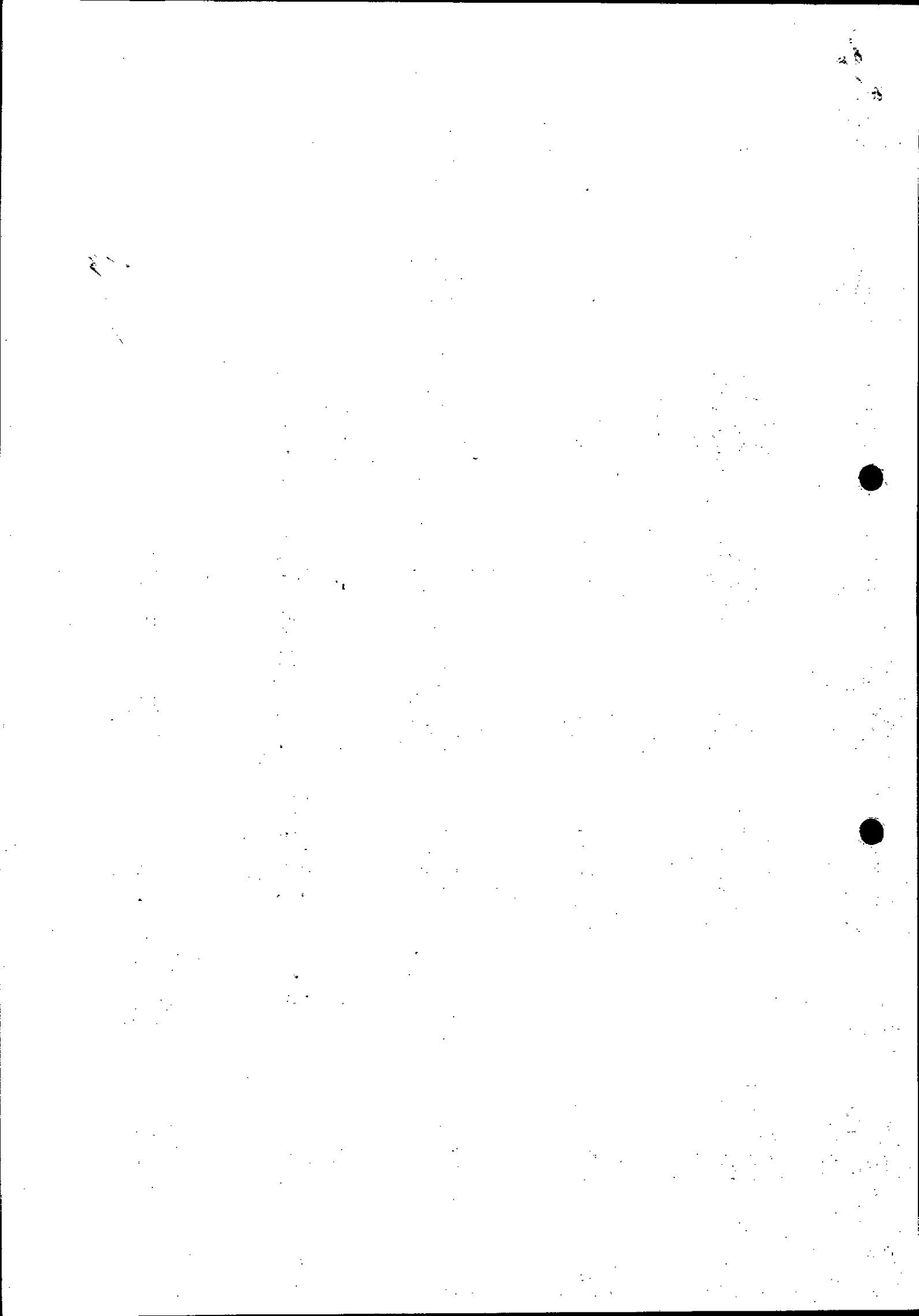
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Diany Mary Falcão Alves
DIANY MARY FALCÃO ALVES - MAT.: 300030-1-2

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Alcides de Oliveira

[Handwritten Signature]
 Pág. 1 de 2
 Impressão em: 30/08/2016 08:51:13





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

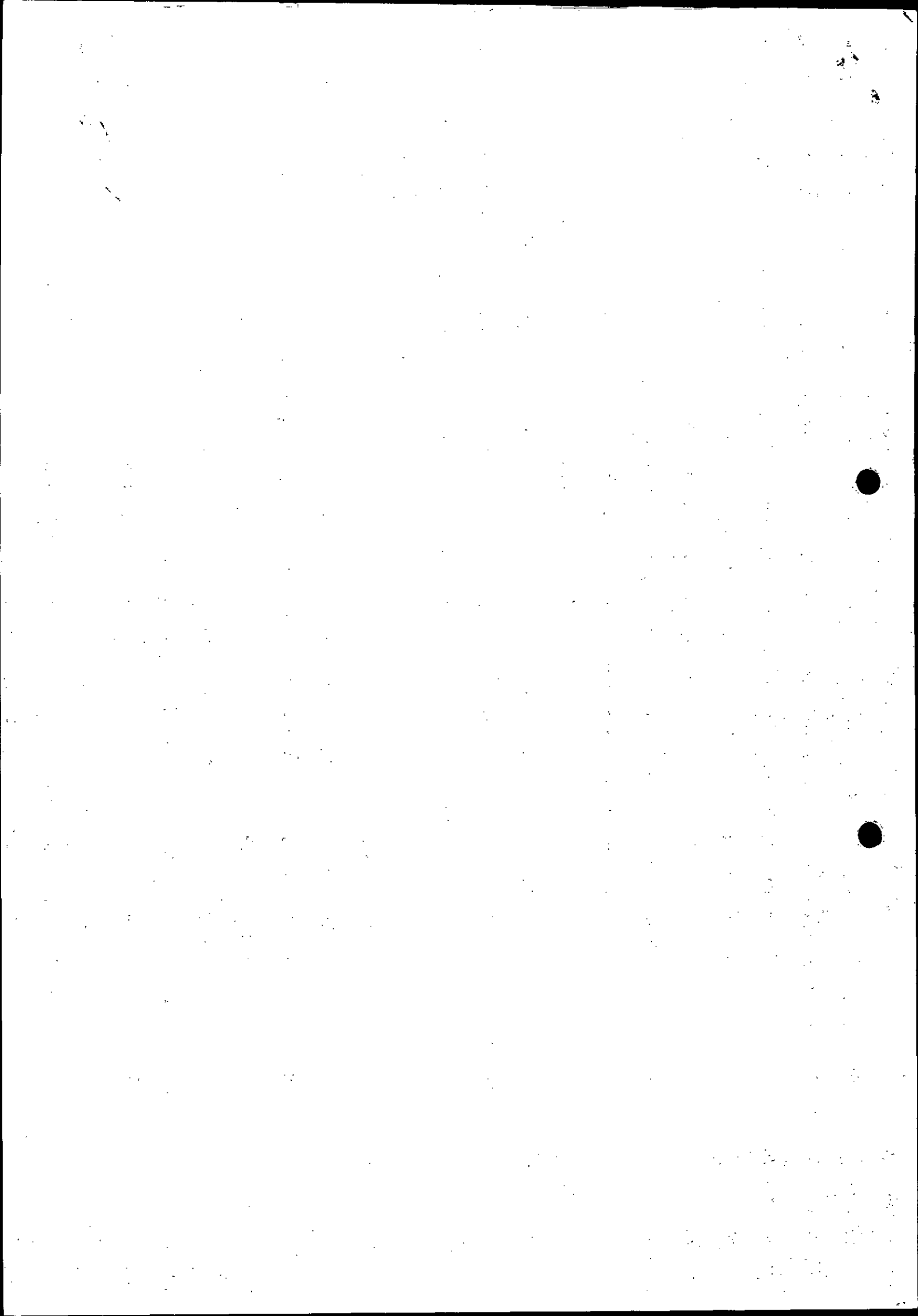


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1666 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Abando de Clever Custodio

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Jefferson Lopes Custodio
JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0



SINISTRO 3160709815 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Filia
Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

CPF/CNPJ: 60108504360

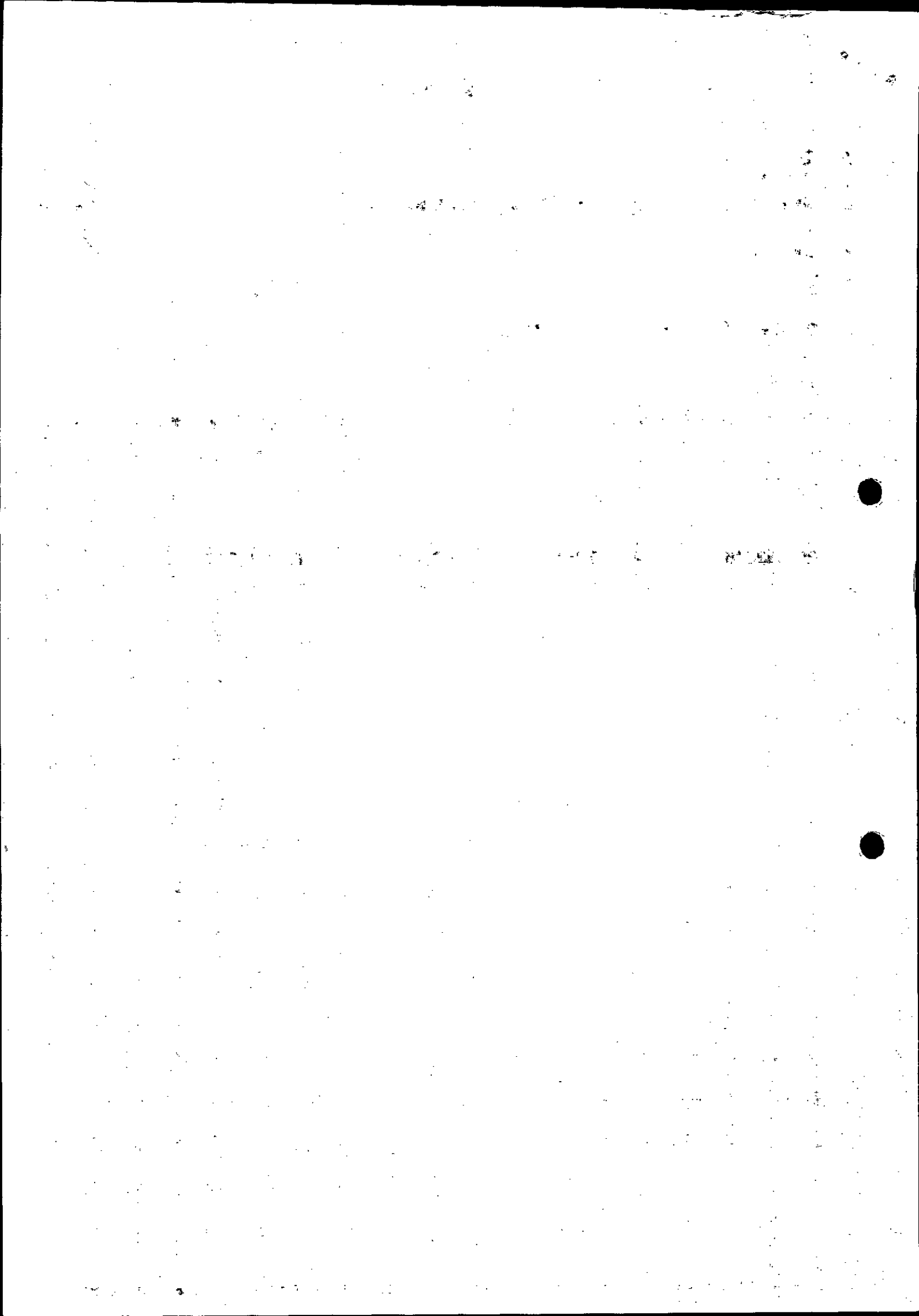
**Posição em 28-12-2016 09:25:34**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

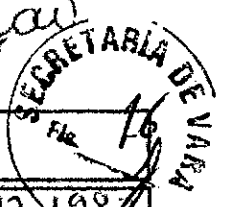
Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

| Data do Pagamento | Valor da Indenizacao | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 29/12/2016 | R\$ 4.725,00 | R\$ 0,00 | R\$ 4.725,00 |



Prova do ato declaratório



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação
20010197434

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------|
| MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL Rua Joaquim F. de Magalhães, 987 Fone: 88 8871 3132 SENADOR POMPEU-CEARÁ | Nome do Paciente | D.N. 27.12.1987 |
| | Alexandre de Oliveira Andrade | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------|-------|------|--------------|--------------|------|
| Profissão | Idade | Cor | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Nac. |
| Mantenedor And. Edificacões | 32 | Pardo | M | Casado | Fortaleza | Br. |

Residência: Bites Uberaba

Pai: Francisco de Assis Tavares de Andrade

Mãe: Valéria Lucia de Oliveira Andrade

Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade

| | | | | |
|--|---|---|----------|------|
| O Paciente chegou ao hospital | | Atendimento | Data | Hora |
| <input type="checkbox"/> Andando | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | SUS | 05.07.16 | 11hs |
| <input type="checkbox"/> De Automóvel | <input type="checkbox"/> Passando Mal | <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho | | |
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Comatoso | Local | | |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente bem | <input type="checkbox"/> Com Hemorragia | | | |

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de queda de motocicleta com lesões no joelho direito importante e rasgo de 5cm de comprimento

| DADOS CLÍNICOS | | | | | DIAGNÓSTICO |
|------------------|-----|-------|-------------|--------|-------------|
| PRESSÃO ARTERIAL | | PULSO | TEMPERATURA | | |
| MÁX | MÍN | | AXILAR | RECTAL | |
| 120 | 70 | | 36.6 | | 72kg |

TRATAMENTO: pós acidente com motocicleta

1) Contato de pontos
2) Voltar a usar a roupa

CONFERE COM ORIGINAL
24/07/16
Responsável: J.S.A.M.E.
MHSI
CNPJ: 07.802.897/0002-44

| | |
|---|--|
| DESTINO DADO AO PACIENTE <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento | Medicação Administrada por: Exames Complementares: Diagnóstico Definitivo: Ass. do Médico: Dr. João Tadeu C. C. CRM: 15823 MÉDICO |
| Assinatura do Paciente ou Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade | |

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexandre de Souza Andrade, portador da carteira de identidade nº 9001010 137434 e inscrito no CPF/MF sob o nº 601.085.043-60 residente e domiciliado na Rozendo Ubirajara, 109 Cidade Senador Pompeu, Estado ESPIRITO SANTO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

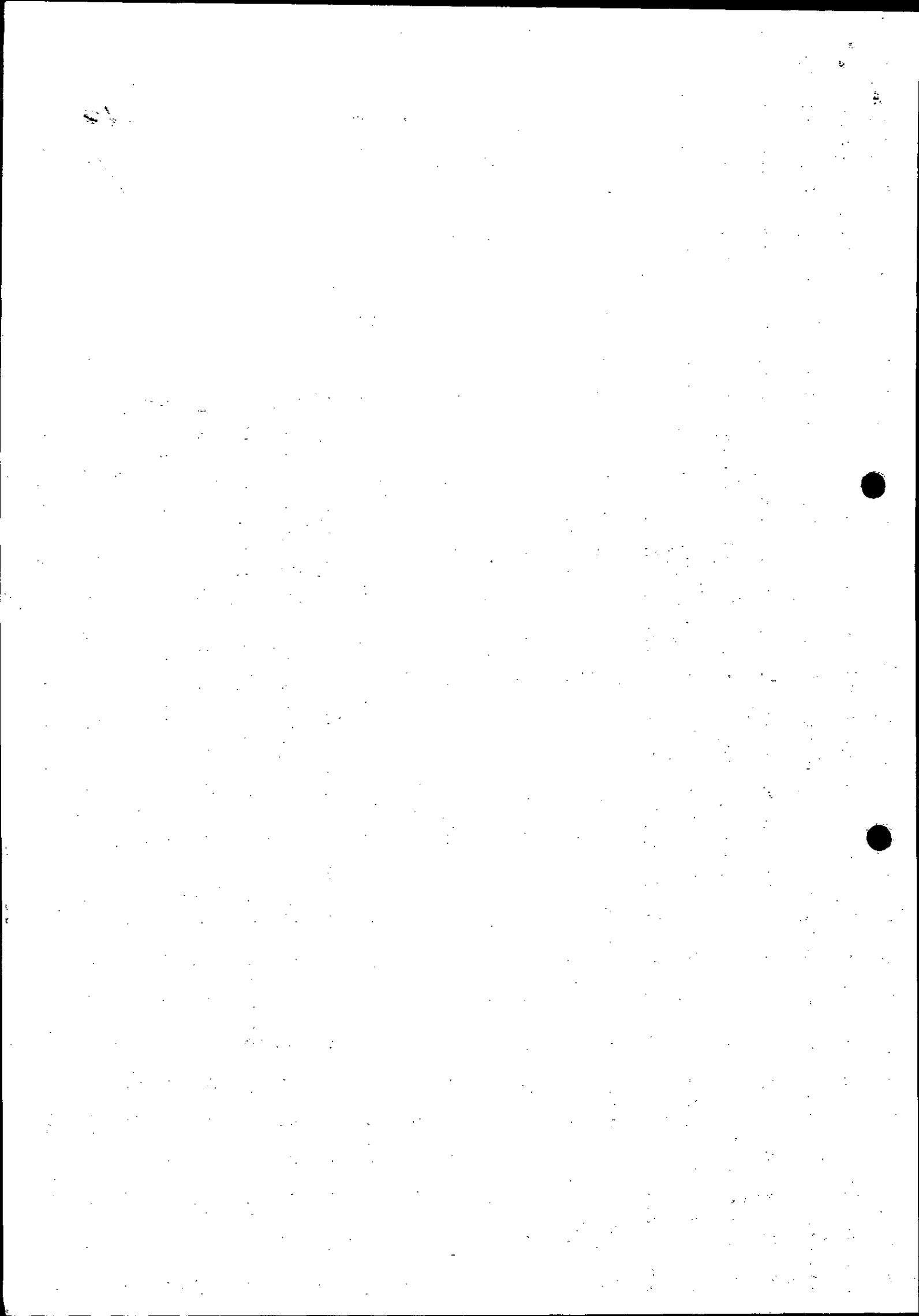
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

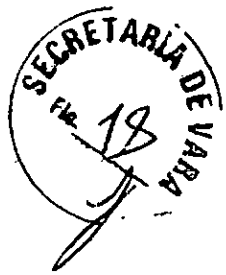
Alexandre de Souza Andrade

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SENADOR POMPEU 31/10/2016

Local e data





Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Francisca dos Chagas Pinheiro Peixoto
RG nº 1734349-88, data de expedição 25/11/88, Órgão 932.06
portador do CPF nº 330.264.753-00, com domicílio na cidade de
Sinador Pompeu, no Estado de Ceará
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) S. S. do Umbaba
nº 09, complemento Zona Rural
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Alexandre
de Oliveira Andrade, cujo o condutor no momento do
acidente era Alexandre de Oliveira Andrade.

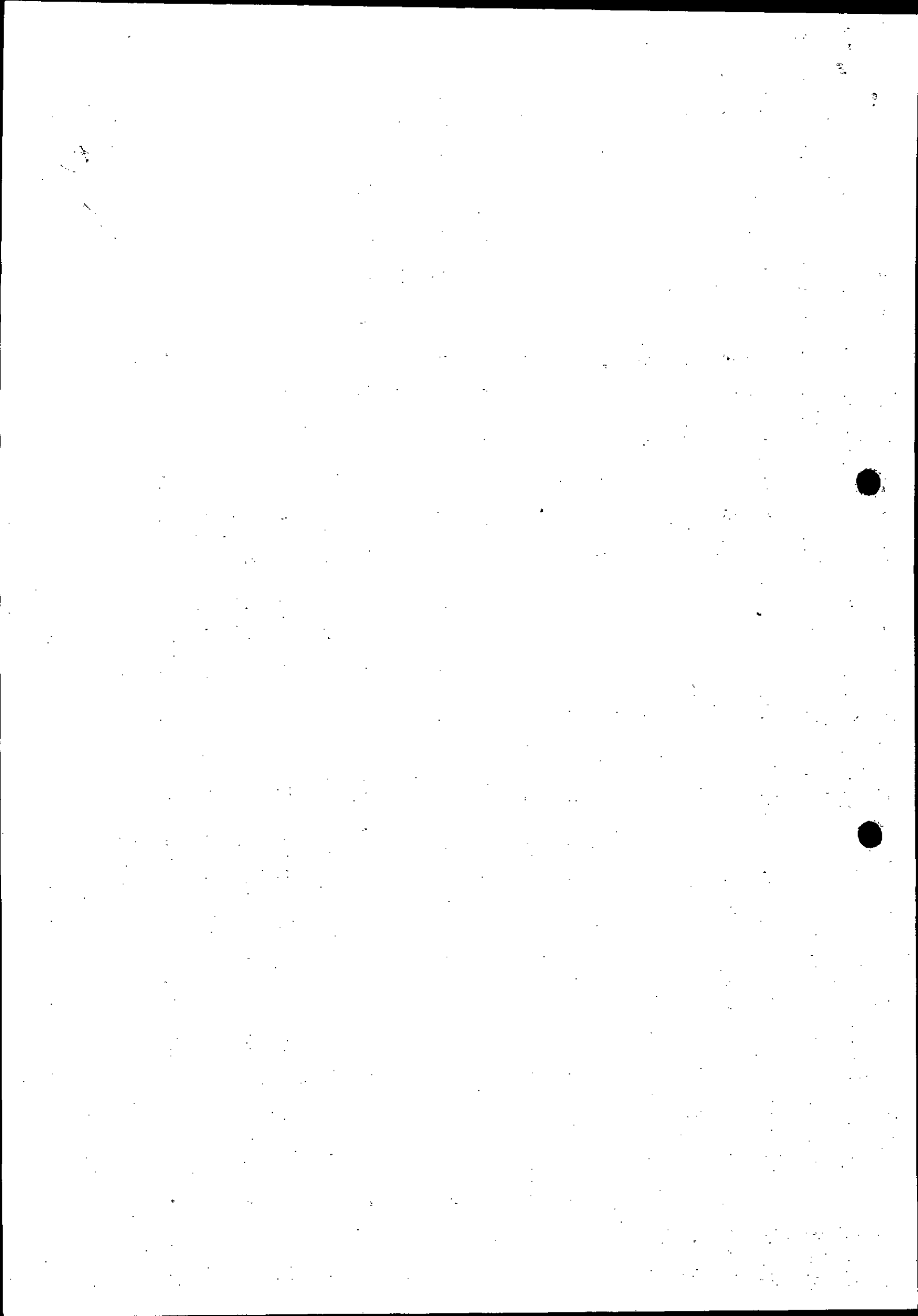
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / Pop 100
Ano: 2008 / 2008
Placa: NRA 2774
Chassi: 9E8HB00103R000071
Data do Acidente: 05 / 07 / 16

Local e Data: Sinador Pompeu - CE 09/09/16

Francisca dos Chagas Pinheiro Peixoto
(Assinatura do Declarante)

Alexandre de Oliveira Andrade
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)


OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação
20010197434

D.N. 27.12.1983

| | | |
|---|-------------------------------|--|
|  MATERIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL Rua Joaquim F. de Magalhães, 807 Fone: 88 9871 3132 SENADOR POMPEU-CEARÁ | Nome do Paciente | |
| | Alexandre de Oliveira Andrade | |

| | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------|------|--------------|--------------|------|
| Profissão | Idade | Cor | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Nac. |
| Mantenedor Adv. Jurídico | 32 | Pardo | M | casado | Faustina | Br. |

Residência: Rua ...

Pai: Francisco de Assis Tavares de Andrade

Mãe: Valéria Maria de Oliveira Andrade

Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade | Telefone: 88 58785 22 22

| | | | | |
|---|--|--|------------------|-------------|
| O Paciente chegou ao hospital <input type="checkbox"/> Andando <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> De Automóvel <input type="checkbox"/> Passando Mal <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Aparentemente bom <input type="checkbox"/> Com Hemorragia | | Atendimento SUS <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Local | Data 05.07.16 | Hora 11h |
|---|--|--|------------------|-------------|

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de queda de motocicleta com lesões no joelho direito importante e resacas de fraturas

| DADOS CLÍNICOS | | | | | DIAGNÓSTICO |
|------------------|----|-------|-------------|-------|-------------|
| PRESSÃO ARTERIAL | | PULSO | TEMPERATURA | | |
| MM | MM | | AXILAR | RECT. | |
| 120 | 70 | | 36.5 | 36.5 | 72Kg |

TRATAMENTO: Trauma no joelho D. pós acidente com motocicleta

1) contagem de hemácias e volúmen → Dem 1 hora em

CONFERE COM ORIGINAL
Dr. João Tadeu C. C.
R. ...
CNPJ 07 802 8970002-44

| | |
|---|--|
| DESTINO DADO AO PACIENTE <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento | Medicação Administrada por: Exames Complementares: Diagnóstico Definitivo: |
|---|--|

Assinatura do Paciente ou Responsável: Alexandre de Oliveira Andrade | Ass. do Médico: Dr. João Tadeu C. C. (MÉDICO)

111



Paciente...: 7696246 ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE Sexo: M
Nascimento.: 27/12/1983 RG.: 2001010197434 CPF.: 60108504360
Endereco...: R DR. PEDRO WILSON 1000 SERRINHA FORTALEZA CE 60742210
Convenio...: HAPVIDA Tel.: 8899785222
Matricula...: 19671000233004021
Solicitante: Dr(a) MARCELO CARLOS MORE

Exame:

RM DE JOELHO (UNILATERAL) - DIREITO

!H-GD.

3710363311

TÉCNICA: Exame realizado com a técnica spin-eco, fast spin-eco, aquisições multiplanares.

COMENTÁRIOS:

- Estruturas ósseas de morfologia e sinal de R.M. preservados.
- Lesão vertical de espessura completa em periferia do cornó posterior do menisco medial.
- Menisco lateral de contornos, morfologia e sinal de R.M. normais.
- Ruptura completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado.
- Leve estiramento do ligamento colateral medial.
- Ligamento colateral lateral de morfologia e sinal de R.M. normais.
- Tendinopatia proximal do patelar, com calcificação intratendínea.
- Tendão do quadríceps íntegro. Gordura de Hoffa preservada.
- Leve derrame articular.
- Planos musculares e gordurosos sem alterações.
- Fossa poplítea livre.
- Cartilagem patelar preservada.

* Exame documentado em CD.

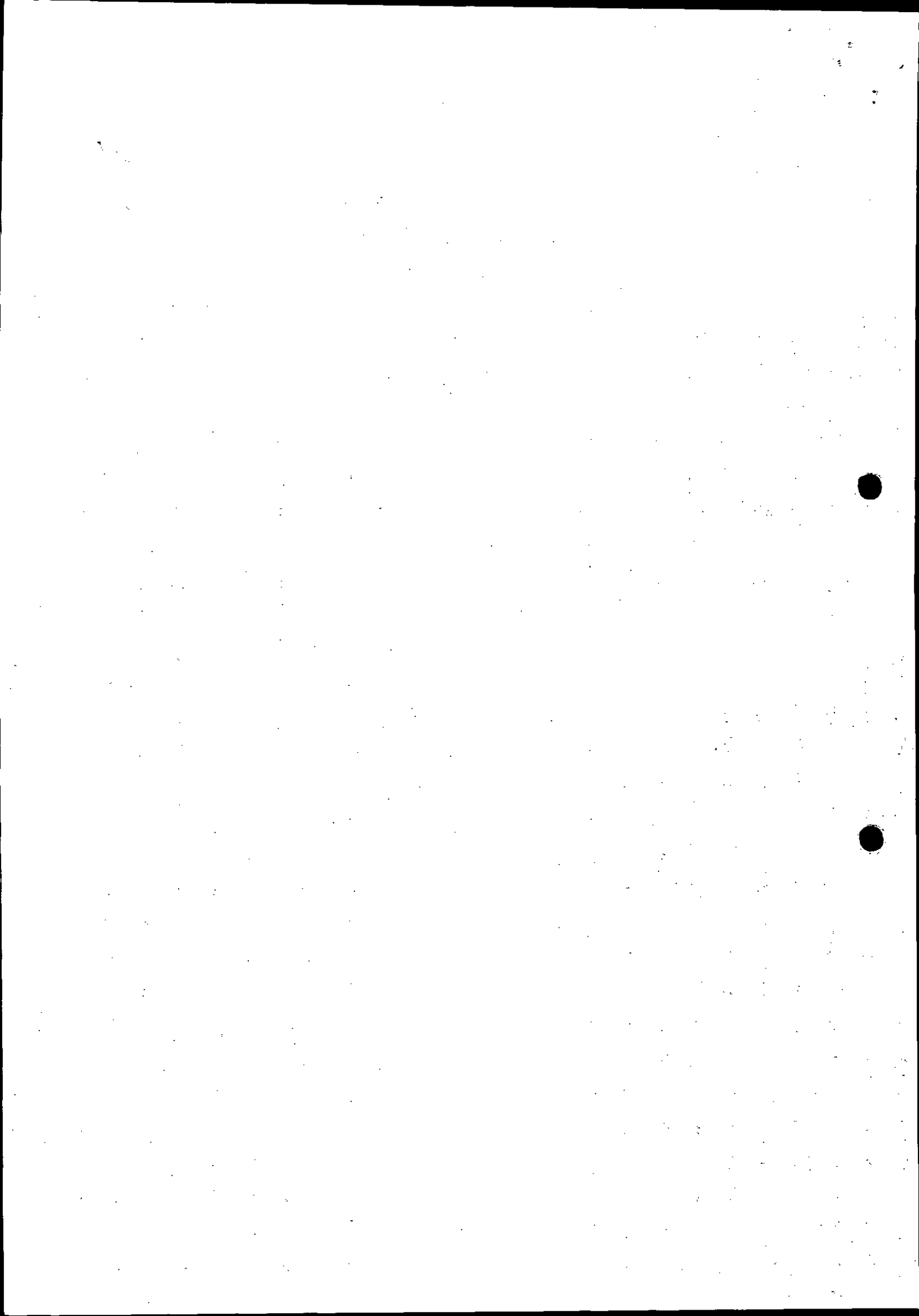
CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE
CRM 9327 - CE

10/10



paciente referindo dor em joelho direito, já de longa data, com edema e piora da dor há cerca de 3 dias. traz laudo de RNM (09/07): lesão vertical de espessura completa em periferia do corno posterior do menisco medial. menisco lateral de contornos, morfologia e sinais de R.M normais. ruptura completa do ligamento cruzado anterior. acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado. Leve estiramento do ligamento colateral medial. Leve derrame articular. . Ao exame: edema e dor local em joelho direito. Derrame articular presente? Ao ortopedista de plantão.

DRG. ...
C...
[Handwritten signature]





ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu



Recetário Médico

05/09/2016

Nome:

Diabroação

Atestamos para devidos fins que Alexandre de Oliveira Andrade, encontra-se em acompanhamento neste setor de fisioterapia, com diagnóstico clínico de pós-operatório de reconstrução de ligamento cruzado anterior do joelho direito, proveniente de uma lesão em decorrência de um acidente de motocicleta, apresentando diminuição da amplitude de movimento para flexão e extensão do joelho direito, requerendo dor.

Dra. Bruna Vitoriano

FISIOTERAPEUTA

CREFITO N.º 6414 - LTF

Bruna Vitoriano

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

1/1

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 24083353

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| 1 - Registro ABR ANS 07.2168352 | 3 - N. Guia Principal 24083353 | 4 - Data de Autorização | 5 - Sessão | 6 - Data de Validação de Saúde | 7 - Data de Emissão da Guia 17/07/2016 |
| DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE | | | | | |
| 8 - Número de Carteira 19871000233004021 | 9 - Plano PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CAUTI ENFER | 10 - Validação de Carteira | 11 - Nome ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 13 - Código CNEB 2415631 |
| 14 - Nome do Contratado HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE | 15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LOPES GASPAR | 16 - Número no Conselho CRM | 17 - Número no Conselho CRM | 18 - UF CE | 19 - Código CBO S |
| DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS | | | | | |
| 20 - Descrição da Solicitação 1425 | 21 - Caracter de Solicitação U E - Emerg U - Urgência/Emerg | 22 - CID 10 R68 | 23 - CID 10 R68 | 24 - Indicação Clínica OUTR SINT E SINAIS GERAIS | 25 - Cite Satis, 26 - Cite Autor. |
| 26 - Título 00070081 | 27 - Descrição PARECER DE OUTRAS ESPECIALIDADE | <i>Ab Ontopolda</i> | | | |
| DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE | | | | | |
| 28 - Código na Operadora/CPF 4233287389 | 29 - Nome do Contratado PATRICIA LOPES GASPAR | 30 - T. Log | 31 - Município | 32 - CEP | 33 - Código CNEB |
| 34 - Tipo de Atendimento 01 - Atendimento 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quiroscopia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Rival Substitutiva | 35 - Nome do Profissional Examinador/Complementar PATRICIA LOPES GASPAR | 36 - Número no Conselho CRM 16459 | 37 - UF CE | 38 - Código CBO S | 39 - Grau de Participação |
| 40 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica | 41 - Tempo de Doença | 42 - Tipo de Sida 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referente 4 - Internar 5 - Alta 6 - Obito | 43 - Tipo de Sida 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referente 4 - Internar 5 - Alta 6 - Obito | 44 - UF CE | 45 - Código CBO S |
| PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS | | | | | |
| 51 - Data 17/07/2016 | 52 - Hora Inicial | 53 - Hora Final | 54 - Tel | 55 - Código do Procedimento 00010081 PARECER DE OUTRAS ES | 56 - Valor Unitário 0,00 |
| 57 - Data e Assinatura de Procedimentos em Saúde | 58 - Total Trazido e Aluguéis - R\$ | 59 - Total Materiais - R\$ | 60 - Total Medicamentos - R\$ | 61 - Total Honorários - R\$ | 62 - Total Geral de Guia - R\$ |
| 63 - Data e Assinatura do Beneficiário | 64 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 17/07/2016 | 65 - Data e Assinatura do Responsável | 66 - Data e Assinatura do Responsável | 67 - Data e Assinatura do Professor Examinador 17/07/2016 | 68 - Data e Assinatura do Professor Examinador 17/07/2016 |



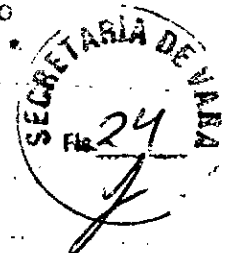
FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
3754690



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

| | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--------------|------------|
| Prontuário | Nome do Paciente | | Sexo | Nascimento |
| 7696246 | ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE | | M | 27/12/1983 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil | |
| 2001010137434 SSP CE | 89108504350 | | 1-CASADO | |
| Endereço | | | | |
| R FAZENDA UBERABA 000 SEM BAIRRO SENADOR POMPEU-CE CEP:61399999 | | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | Nome da Mãe | | |
| 8899688124 | | VALERIA LUCIA DE OLIVEIRA ANDRADE | | |



DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | | |
|---------------------------------|-------|-----------|------------------|--|
| Setor | | | | |
| 116300-RECEPCAO EMG ADULTO | | | | |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Documento | |
| 08/2016 | 00:20 | | | |
| Médico Atendente | | | Clínica | |
| 1959310 MARCOS DIAS COSTA XEREZ | | | 4-CIRURGICA | |
| Médico Acompanhante | | | Tipo Atendimento | |
| 1959310 MARCOS DIAS COSTA XEREZ | | | 6-INTERVALOS | |
| Avaliação médica | | | | |

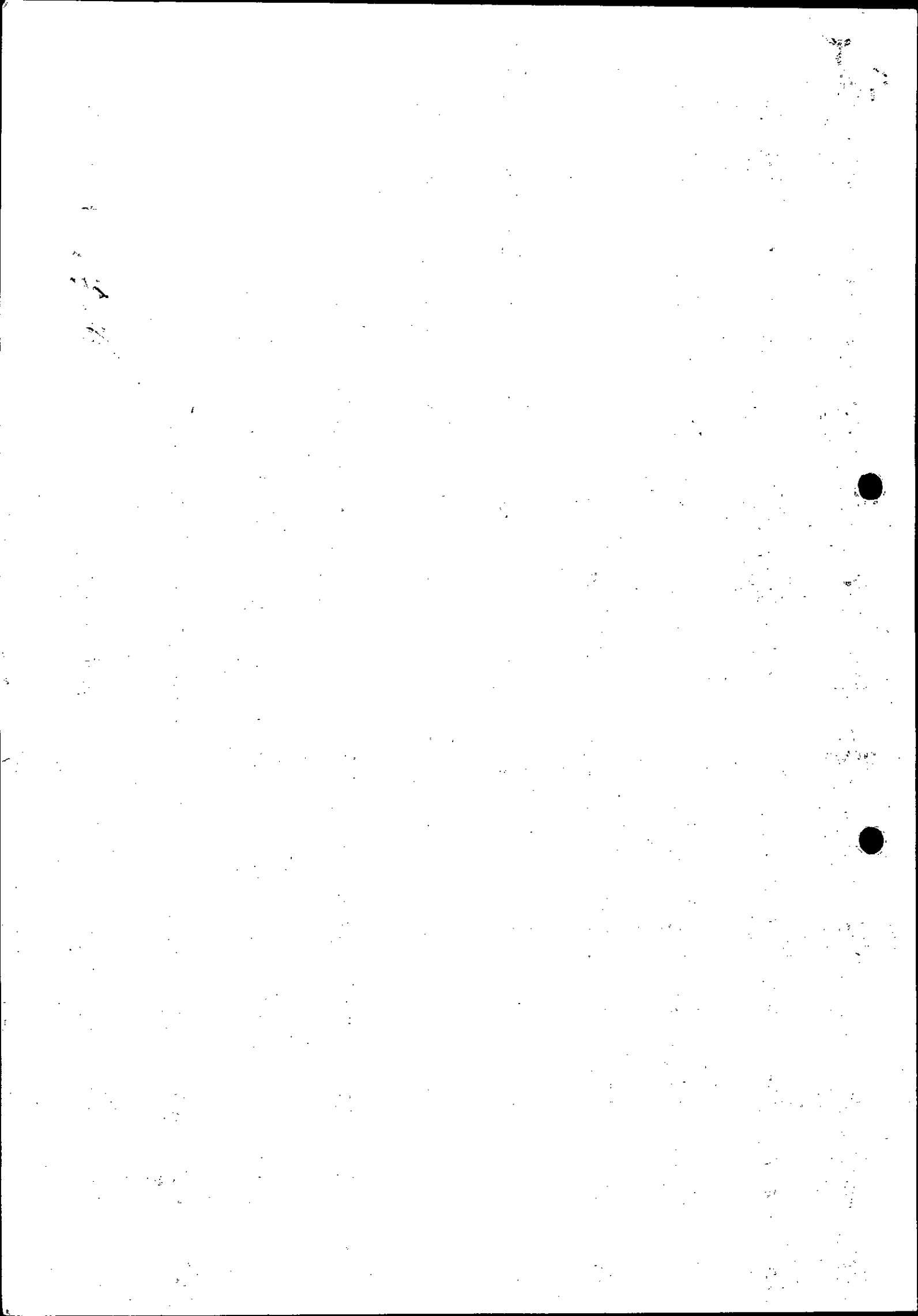
DADOS DO CONVENIO

| | | |
|----------------|--|--|
| Convenio | Plano | |
| 22-HAPVIDA | ADRIAM INDUSTRIA DE ESTRUTURA MET E SER LTD. | |
| Carteira | Validade | |
| 71000233004021 | | |

DADOS DA INTERNAÇÃO

| Posto | Acomodação | | |
|----------|-----------------|-----------|--|
| POSTO 1A | 1009 ENFERMARIA | | |
| N. Guia | Procedimento | Senha | Descrição |
| 1472475 | 87996666 | C13147745 | INTERNACAO |
| 1472475 | 30708052 | C13147745 | ARTROSCOPIA CIRURGICA EM JOELHO, TORNOZELO, COXOFEMORAL E PUNHO PARA SUTURA MENISCAL DUPLA, REPARACAO E REFORCO OU RECONSTRUCAO DOS LIGAMENTOS CRUZADOS (ANTERIORES OU POSTERIORES), LUXACAO RECIDIVANTE DE ROTULA, DESCOMPRESSAO DO CANAL CARPIANO E RECONSTRUCOES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL - TRATAMENTO CIRURGICO |
| 1472475 | 30726247 | C13147833 | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO |
| 1472475 | 30731216 | C13147998 | MENISCOPLASTIA - TRATAMENTO CIRURGICO |
| 1472475 | 30726212 | C13185205 | |

OK
14/05/16



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/08/2016 11:10

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE Atendimento: 37546907 Prontuário: 7696246 Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): MARCOS DIAS COSTA XEREZ CRM 11273 Nº: 05857277 03/08/2016 às 10:50 leito: 1009

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S835 ENTORSE DISTENSAO ENVOLVENDO O CRUZADO JOELHO
Diagnóstico Cirúrgico S835. ENTORSE DISTENSAO ENVOLVENDO O CRUZADO JOELHO

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 03/08/2016

Horas Da Cirurgia 10:50

Cirurgia RECONSTRUÇÃO DO LCA E MENISCECTOMIA PARCIAL DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO

Cirurgião DR MARCOS XEREZ

1º Auxiliar DR RAFAEL BEZERRIL

Anestesista DR FAGNER

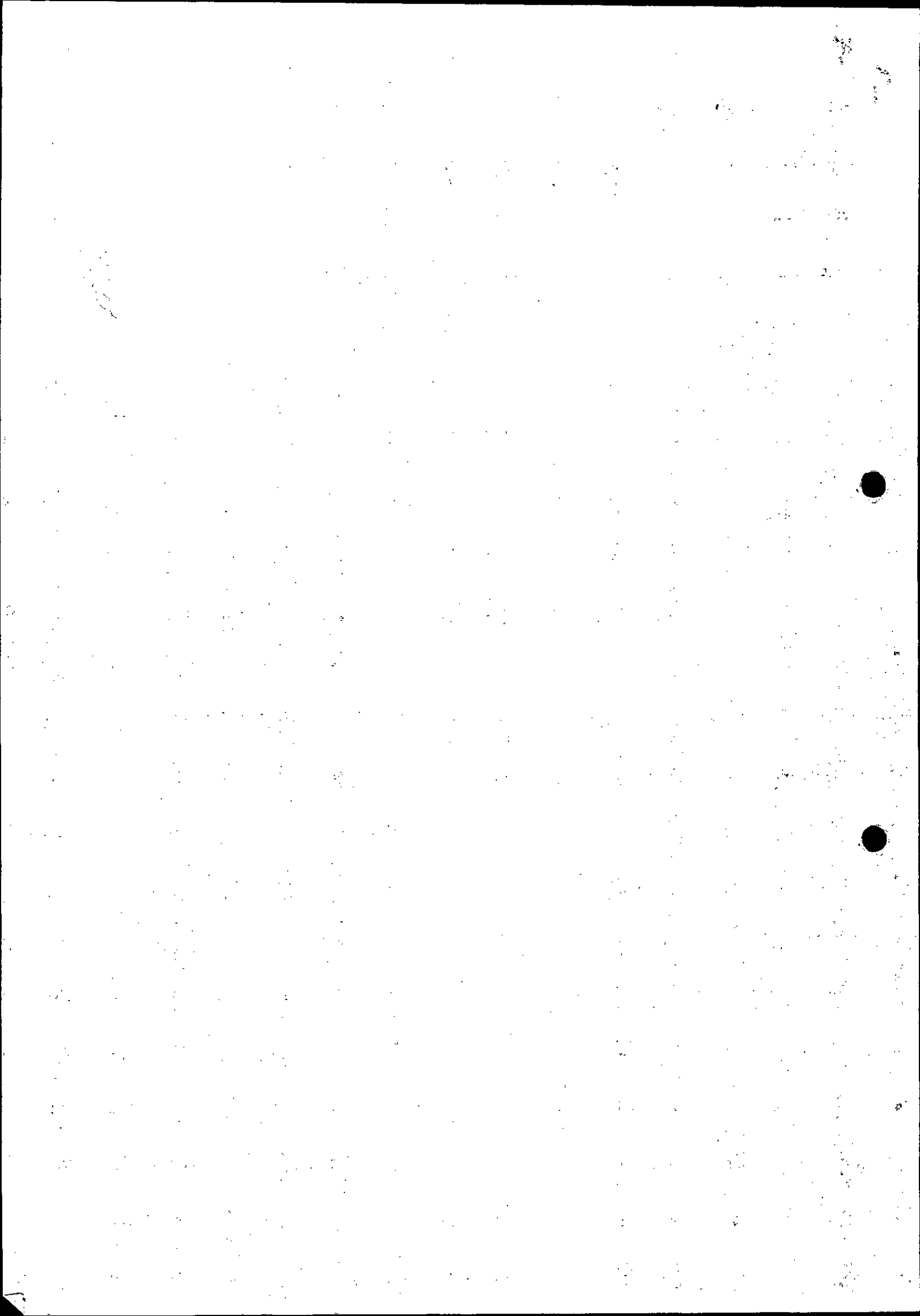
Descrição Cirúrgica PCTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + IMOBILIZAÇÃO
ANTISEPSIA + ASEPSIA + CAMPEAMENTO + GARROTE
PNEUMÁTICO
ACESSO ANTEROMEDIAL DA PERNA DIREITA, DISSECÇÃO POR
PLANOS + RETIRADAS DE TENDÕES FLEXORES
CONFEÇÃO DE PORTAIS AL E AM PARA ARTROSCOPIA DO
JOELHO DIREITO
VISUALIZAÇÃO DE EXTENSA LESÃO DO CORNO POSTERIOR DO
MENISCO MEDIAL, FEITO A MENISCECTOMIA PARCIAL
VISUALIZAÇÃO DE ROTURA DO LCA, E INTENSA SINOVITE.
CONFEÇÃO DE TUNEL FEMORAL E TIBIAL, PASSAGEM DO
ENXERTO E FIXAÇÃO NO FEMUR COM PARAFUSO DE
INTERFERÊNCIA 10X 25 E NA TIBIA 11X25 MM
VISUALIZAÇÃO DA BOA POSIÇÃO DO ENXERTO E DE SUA FUNÇÃO.
LAVAGEM EXAUSTIVA DA CAVIDADE ARTICULAR + RETIRADA DO
GARROTE
SUTURA POR PLANOS DA TIBIA E DA PÉLVIS DOS PORTAIS
LIMPEZA + CURATIVO

Códigos Dos Procedimentos

30708052 ARTROSCOPIA DO JOELHO
30726247 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO PIVOT CENTRAL
30731216 TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE 1 TENDÃO
30726212 MENISCORRAFIA



Dr. Marcos Dias Costa Xerez
Ortopedista e Traumatologista
CRM 11273 - SBO 11.4.00





ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto: POSTO 1A

Leito: 1009/1

04/08/2016 08:34

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE - Atendimento: 37546907 Prontuário: 7696246 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 Nº: 05869979 04/08/2016 às 08:34

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 POS OP DE ARTROSCOPIA DE JOELHO COM REPARO
LIGAMENTAR
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC: 8260



1000

1000





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/08/2016 20:14

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

Atendimento: 37546907

Prontuário: 696246

Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): CLAUDIANA GARCIA DA SILVA COREN
258078

Nº: 05865672

03/08/2016

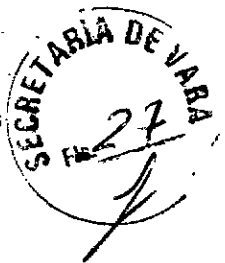
às 20:13

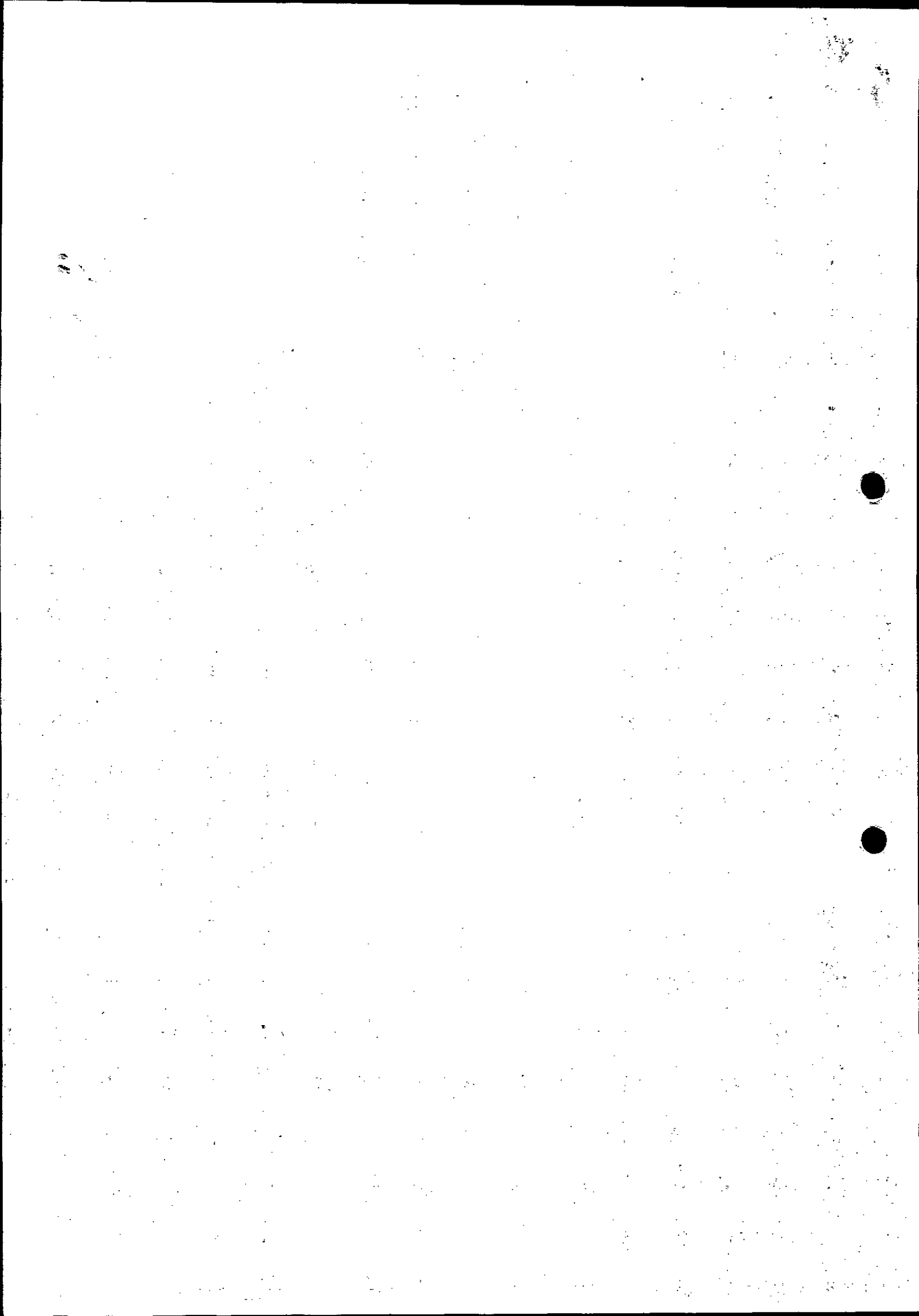
leito: 1009

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Descrição

PACIENTE, A.O.A. 32 ANOS, POI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO DIREITO. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NHBs. AR AMBIENTE, EUPNÉICO, SSVV ESTÁVEIS, REPOUSO NO LEITO
ACEITA DIETA VO OFERECIDA, AVP EM SE FUNCIONANTE.
AGUARDA DIURESE ESPONTANEA NO PERIODO..
CURATIVO MANTIDO,
SEGUE SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM





EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

03/08/2016 12:54

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE Atendimento: 37546907 Prontuário: 7698246 Convênio: HAPV/DV
Profissional(is): DAVI MARINHO DE ARAUJO CRM 13177 Nº: 05859384 03/08/2016 às 12:54 leito: 1009

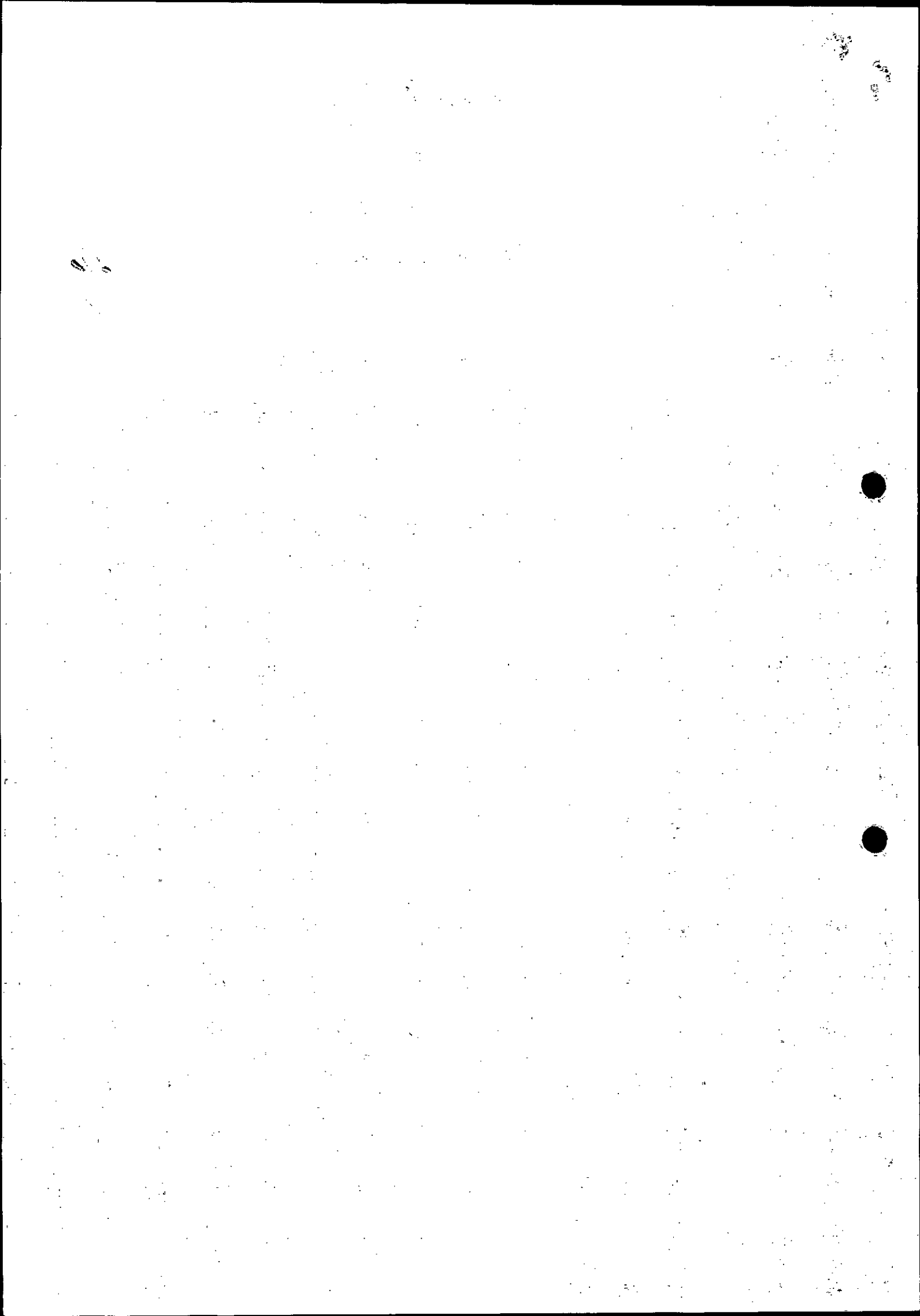
REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO DO LCA E MENISCECTOMIA PARCIAL DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO SEM INTERCORRÊNCIAS.



R
Dr. Rafael Benedito Nogueira
Ortopedista e Traumatologia
CRM 5269



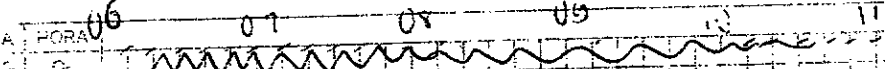
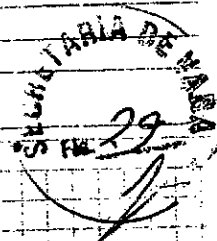
FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Wlucinda de Oliveira Andrade
 Idade: 32 Peso: _____
 Prontuário: _____
 Diagnóstico: _____
 Cirurgia: Artroscopia Anestesia: Proprio
 Cirurgião: Manoel Xerez ASA: I

Data: 3 / 8 / 16
 Sexo: F () M (X)

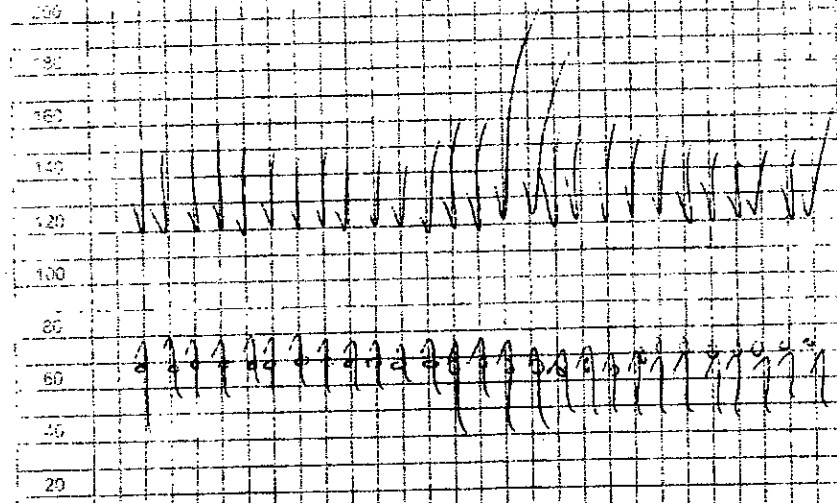
Convênio: _____



LIQUIDOS CARDIOSCÓPIO PRESSÃO NA O INVASIVA CAPNOGRÁFO OXÍMETRO DE PULSO PRESSÃO INVASIVA

SAT O: 99 99 99 99 99
 ETC O:
 PVC:

R R F R



DROGAS

| | | |
|----|---------------|----|
| 1 | Bup 20.0 | 9 |
| 2 | Diphen 0.1 | 10 |
| 3 | Kefzol 2000.0 | 11 |
| 4 | Diphen 10.0 | 12 |
| 5 | Diphen 20.0 | 13 |
| 6 | Diphen 100.0 | 14 |
| 7 | Diphen 10.0 | 15 |
| 8 | Ecolym 3.0 | 16 |
| 9 | Ambrumil 0.1 | 17 |
| 10 | Diphen 2.0 | 18 |

EVENTO

| LIQUIDOS | VOLUME | PERDAS | VOLUME | BALANÇO | Intubação: | Oro | Naso | Sonda: |
|----------|--------|--------|--------|---------|----------------|------------------|---------|--------|
| | | | | | Respiração: | Espont. | Assist. | Mecân. |
| | | | | | Absorvedor de: | Sem | Com | |
| | | | | | Posição: | Local da Punção: | | |
| | | | | | Agulha: | Técnica: | | |
| | | | | | Início: | Final: | | |

Condição final op: Acordado e estável

Intercorrências per. op:
Não houve

Ass. Anestesiologista: [Signature]
 Médico: [Signature]
 CREMESP 315

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto:

Leito: /

09/08/2016 13:53

Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

Atendimento: 37667845

Prontuário: 7696246

Convênio: HAP/DA

Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444

Nº: 05948516 39/08/2016 às 13:52

ANAMNESE

CID10

M255 DOR ARTICULAR

Queixas e Sintomas Gerais

PCT POS OP RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR JOELHO

HDA

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

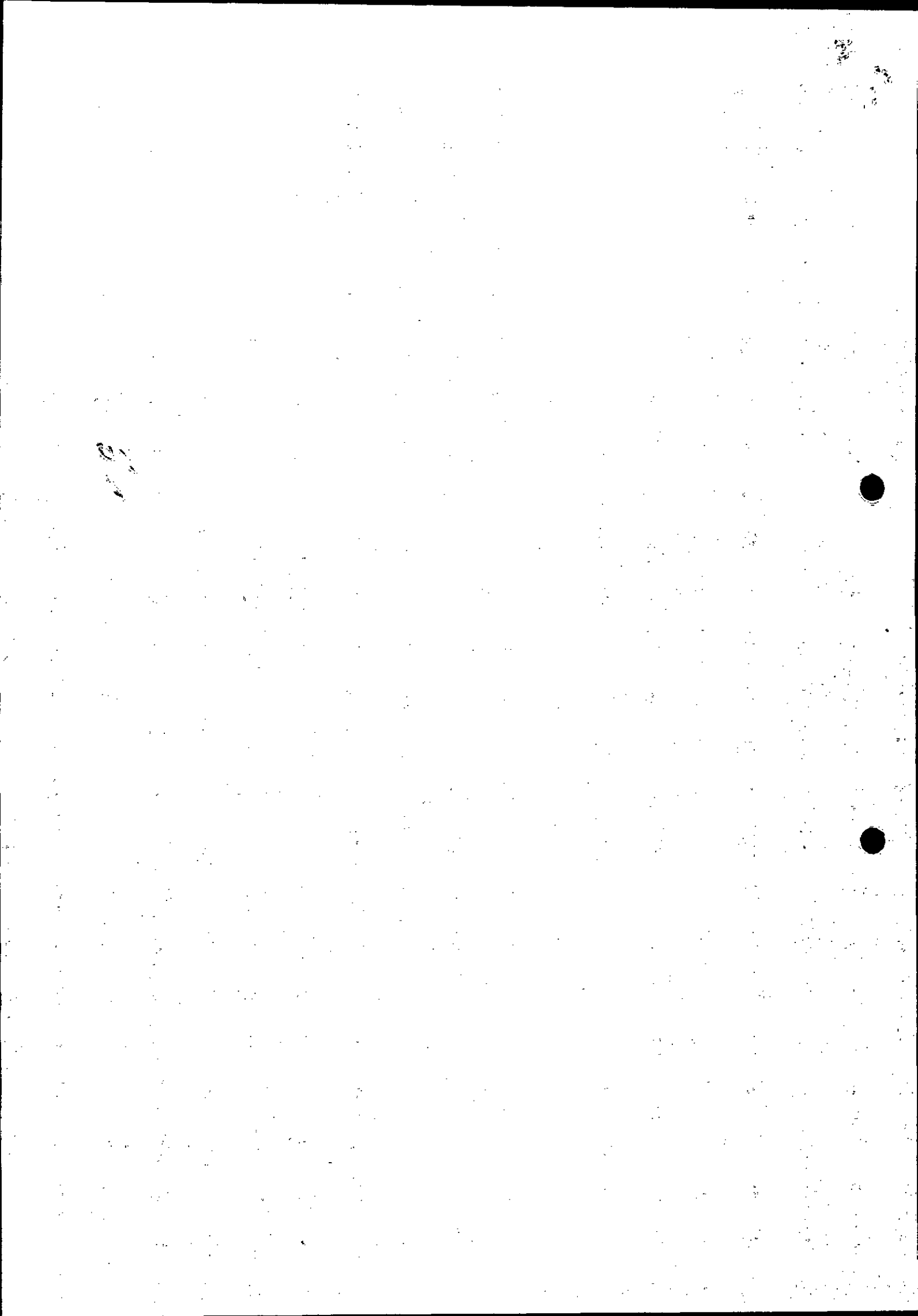
M255 DOR ARTICULAR

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE







FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Posto:

Leito: /

09/08/2016 14:25

| | | | |
|---|-----------------------|---------------------|------------------|
| Paciente: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE | Atendimento: 37667845 | Prontuário: 7696246 | Convênio: HAP/DA |
| Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 | Nº: 05949081 | 09/08/2016 | às 14:25 |

ANAMNESE

Queixa Principal

07 DIAS DE POS OPDE RE CONSTRUÇÃO E LCA
EVOLUI ESTAVEL
FISIOTERAPIA

CID10

S835 ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

S835 ENTORSE DISTENSAO ENVOLV LIG CRUZADO JOELHO



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE



ICP
Brasil

CIRURGIA DO JOELHO

Dr. Marcos Dias Costa Xerez

Ortopedista e Traumatologista

Cirurgia e Artroscopia do Joelho

CREMEC 11273SBOT 14358



❖ Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia pela UFC

❖ Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

❖ Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho

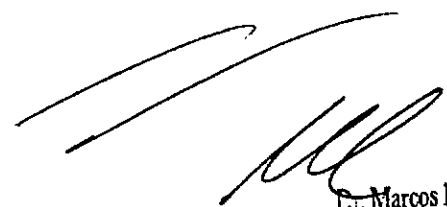
Atestado médico

Atesto para os devidos fins que o Sr. Alexandre de Oliveira Anacleto foi operado de LCA do joelho direito dia 04/08/2016.

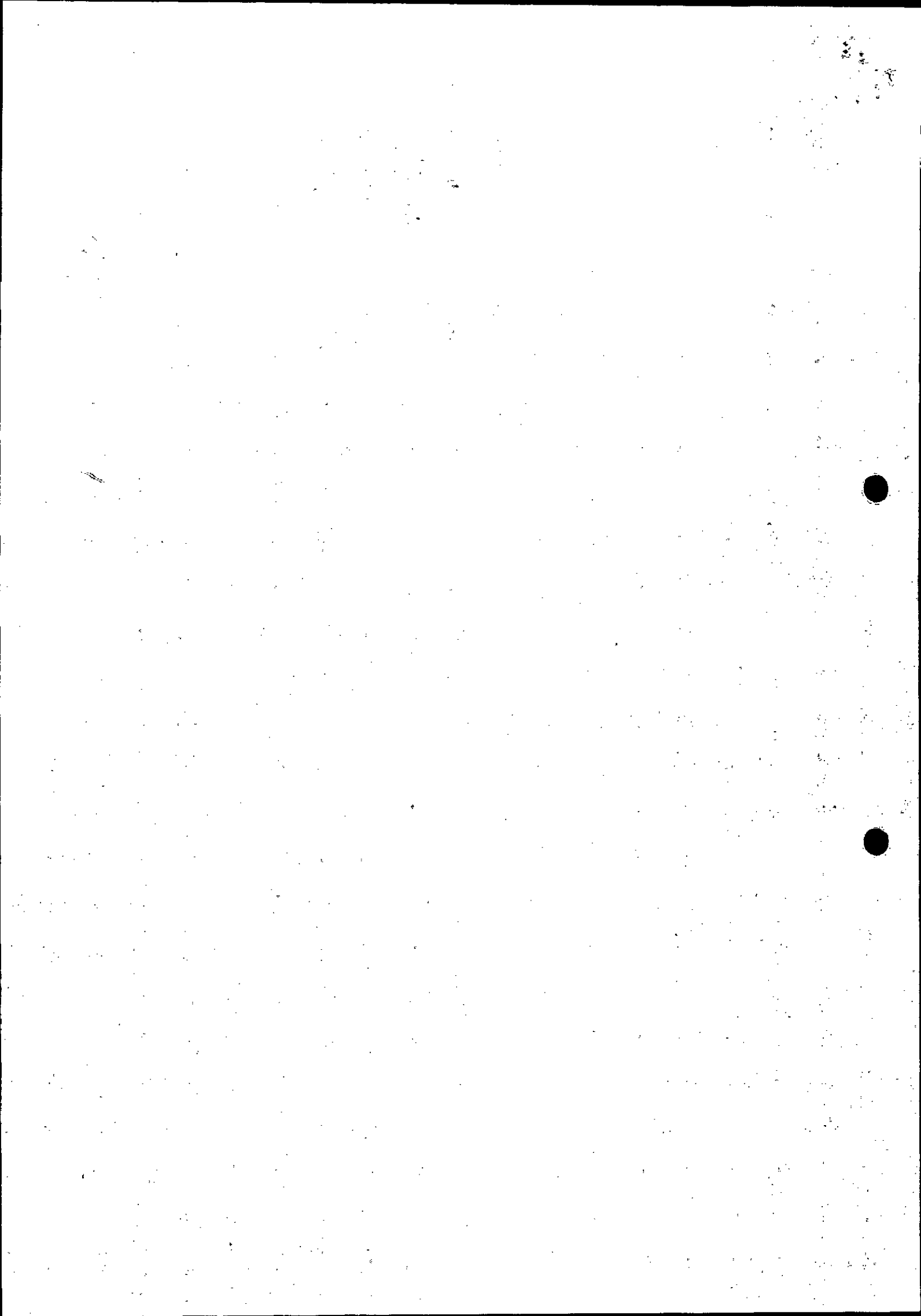
Encontra-se muito bem em sua recuperação cirúrgica, encontra-se em fisioterapia.

Microrrita de mais 30 (trinta) dias, para retornar as suas atividades laborais de montar / remontar andadores.

03/10/16


Dr. Marcos Dias Costa Xerez
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CREMEC: 11273 / TFOT: 14 358





BRASIL

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 601.085.043-60

Nome da Pessoa Física: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ANDRADE

Data de Nascimento: 27/12/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 02/02/2006

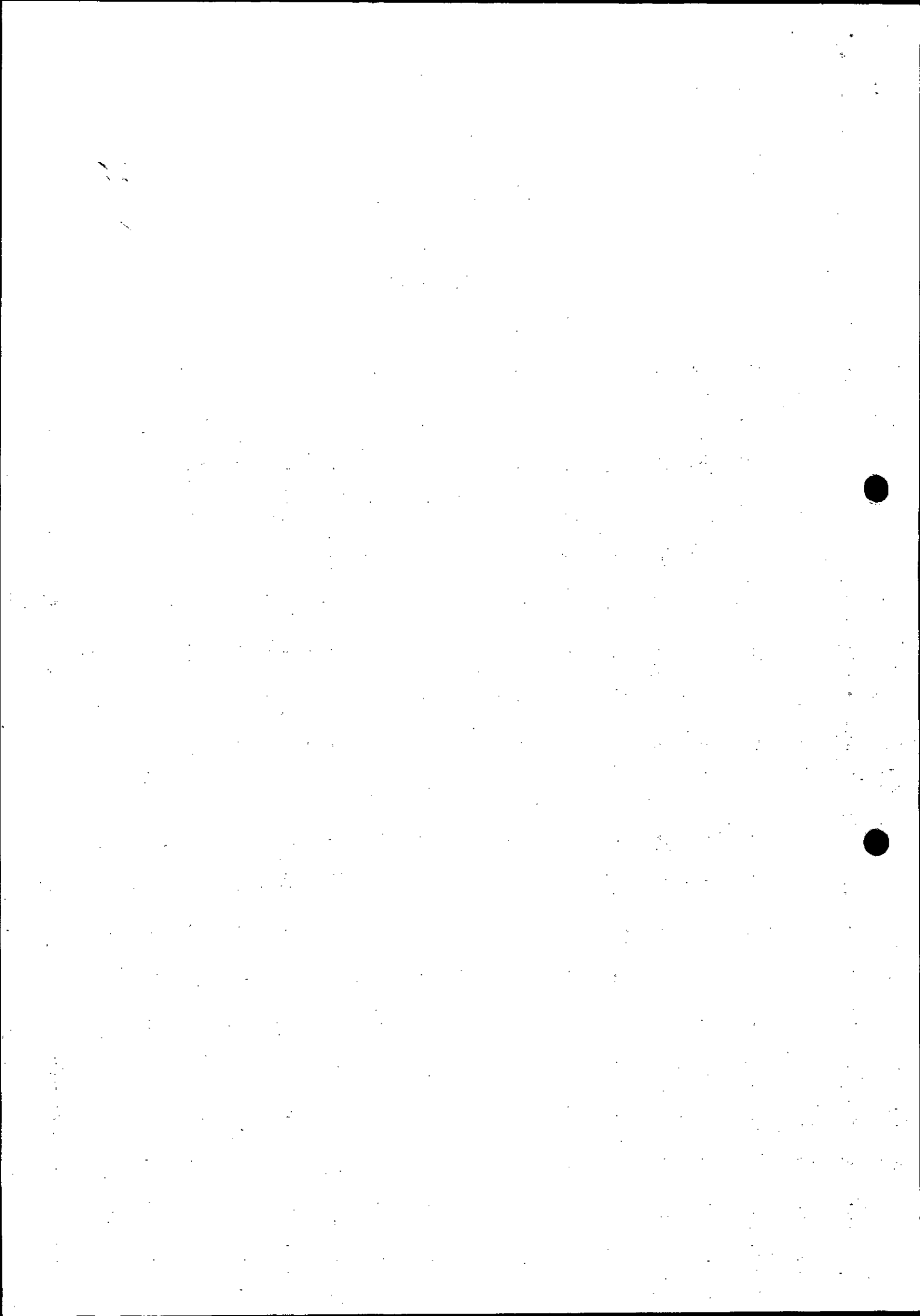
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 17:19:20 do dia 06/09/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 7894.C42B.0F92.76A3

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANIA

DETILAN - CE Nº 012459889773
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
PPT 01 00136913174 0000000000 2016

FRANCISCA DAS CHAGAS PINHEIRO PE
SENADOR POMPEU /CE

33026475300 NRA4774/CE
PLACA ANTIFURTO 9CZHBOZ10BRQ22071

HONDA/POF100
2P/OCV/97CC

CATEGORIA PARTIC VEICULO
VENG COTA UNICA 1
FAIXA LIPVA 2
PREMIO TARIFARIO 3

DATA DE LICENCIAMENTO 16/05/2016

SENADOR POMPEU
16/05/2016

SEGURO BRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

CE Nº 012459889773 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotaltransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1104

EM FOLHA DATA EMISSAO 2016 16/05/2016
PLACA NRA4774
33026475300
HONDA/POF100
9CZHBOZ10BRQ22071

PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO SEGURO POR
COTA UNICA 12/05/2016

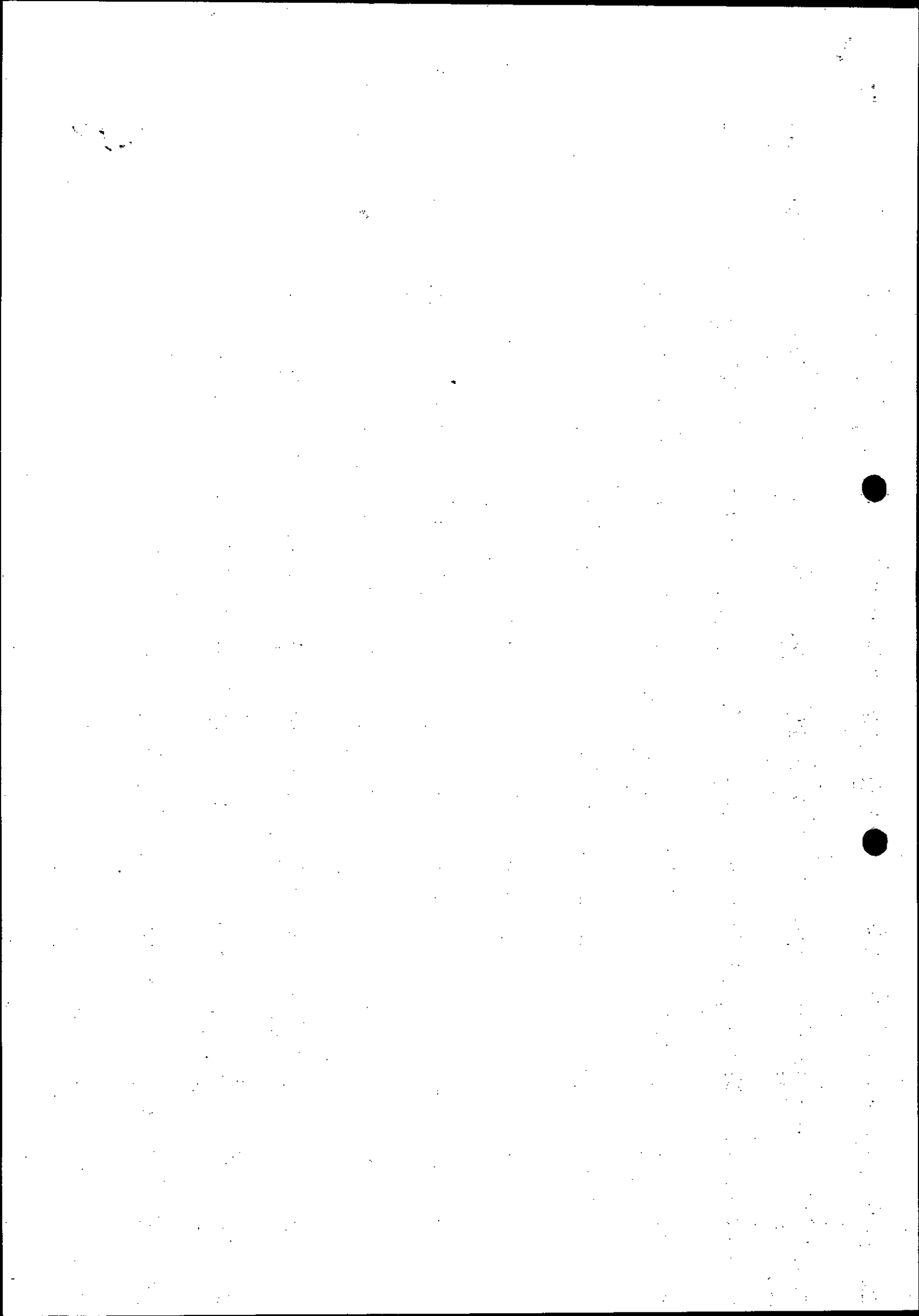
SEGURO LIDER - DPVAT
www.seguradotaltransito.com.br



NOTORI H80ZE1B022071 01961

DESTRUIR

CONTRAR



10

Declaração



Eu, Alexandre de Oliveira Andrade, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 02/07/16 fui socorrido por populares, Telefone: () _____, e levado ao hospital: Maternidade e Hospital Santa Sabá.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

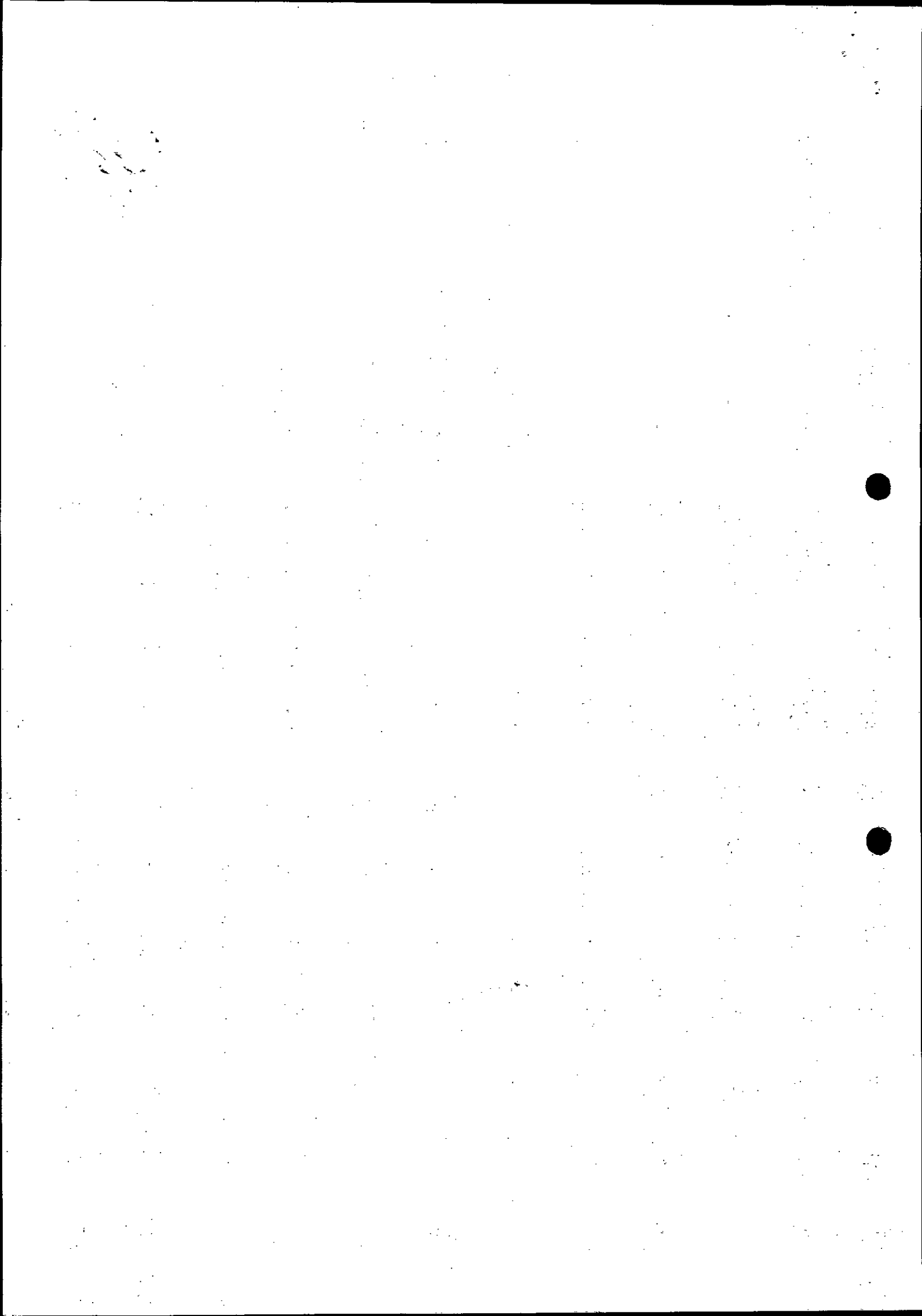
Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

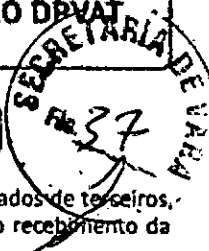
"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: SENADOR ROCHA UF: CE Data: 31/10/2016

Alexandre de Oliveira Andrade





Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Alexandra de Oliveira Andrade
PORTADOR(A) DO RG Nº 9001010397434 EXPEDIDO POR SSPDS - PE EM 17/07/2014
CPF 601085043-00 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO MONTADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alexandra de Oliveira Andrade. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
 - Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0239-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17520-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SEN PAUPEI, 31 de Outubro de 2016. Alexandra de Oliveira Andrade
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.