

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523097 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR PEDRO MARQUES CRM 8594 DATADO EM 05/11/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 00000025992-4

Nr. da Autenticação 4C05E35BA813DD9F

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180523097**

Vítima: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Data do Acidente: **07/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180523097**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Sinistro: **3180523097**

Vítima: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Data do Acidente: **07/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180523097** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	297.909.644-04	MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR	Endereço RUA AGDA	CPF titular da conta 297.909.644-04	Profissão MOTORISTA
Bairro JORDAO	Cidade RECIFE	Número 10	Complemento —
Email 85 98316 1306		Estado PERNAMBUCO	CEP 51260-160
			Telefone (DDD) 85 3126.1867

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0047	CONTA NRO. 00025992	D/V 4	AGÊNCIA NRO. —
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	D/V —
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 OUT 2018 NRO. Gente Seguradora PM Avenida Rubens Lisboa, 715 Loja 5 Fone/Fax: (81) 3201-0401			

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

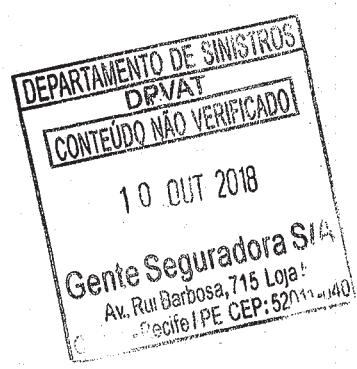
Recife 20 de Outubro de 2018

Local e Data

Mario Dias de Oliveira Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





478457
0372142/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0106000665

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/02/2018** às **18:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/2/2018** às **17:15**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DR. JOÃO COIMBRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
BAIRRO DE MADALENA (BAIRRO), 1 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)
PAULO HENRIQUE SUGAHARA (NOTICIANTE)
THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA (OUTRO)
MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR

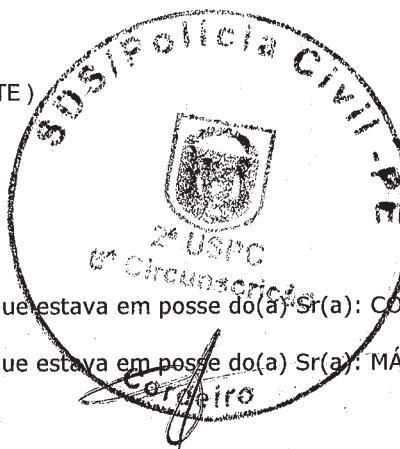
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

PAULO HENRIQUE SUGAHARA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUIZA MARIA DE MOURA**
Sugahara Pai: **WALTERDE ARAUJO SUGAHARA** Data de Nascimento: **5/12/1985** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7023785/SDS/PE (RG), 05707698418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VIGILANTE**
Residencial: **AV. GONÇALVES DIAS N° 1915 JARDIM JORDÃO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DOS ANJOS SANTOS OLIVEIRA** Pai: **MÁRIO DIAS DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **5/9/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2677006/SDS/PE (RG), 29790964404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**
Residencial: **RUA SANTA AGDA N° 10 JORDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO CIMITÉRIO N° 28, CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife / PE CEP: 52011-040

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ1709** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**
 Descrição: **CG 150 TITAN ES**

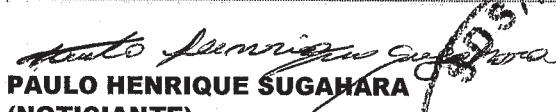
VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEY4491** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**
 Descrição: **VIVACE**

Complemento / Observação

RELATA O NOTICIANTE QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO , SR. MARIO O QUAL CONDUZIA A MOTOCICLETA TAMBÉM JÁ CITADA, UM ANIMAL ATRAVESSOU NA SUA FRENTE E ELE PRECISOU FREAR BRUSCAMENTE, MOMENTO EM QUE O VEÍCULO ACIMA DESCrito E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO COLIDIU EM SUA TRASEIRA JOGANDO-O FORTEMENTE AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA A UPA DA CAXANGÁ. CASO AFETO A DP DO CORDEIRO.

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


PAULO HENRIQUE SUGAHARA
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SILVANO PEREIRA SOARES**, Matrícula: **3848639**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF da Vítima

299.909.644-04

Data do Acidente

07-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

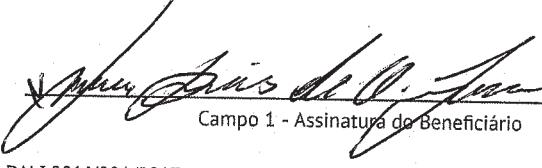
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância para futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife / PE CEP: 52011-040

Recife 10 de Outubro de 2018

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 102.04.2018
EM: 26.04.2018

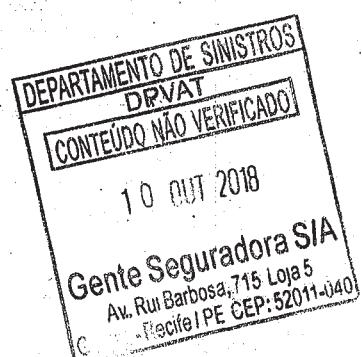
Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **2677006** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **297.909.644-04**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-436694**, que no dia 07 de fevereiro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 17h50, na Rua João Coimbra, por trás do Mercado da Madalena, Madalena, Recife/PE e, em seguida, direcionado a UPA Caxangá.

Recife, 26 de abril de 2018.

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

Sérgio Parente Costa

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





Nº da Conta: 0329407835
 Mês de referência: 07/2018
 Período: 21/06/2018 a 20/07/2018
 Data de emissão: 23/07/2018

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
 R AGDA, 10
 JORDAO
 51260-160 RECIFE - PE

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
 *8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
 Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 837
 CEP 51.011-051 - Recife - PE
 I.E.: 029494400
 CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
 CNPJ Filial: 02.558.157/0008-39

Vencimento
06/08/2018

Total a Pagar - R\$
71,48

Seus Números Vivo
81-98298-7533

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aguarde informações referentes ao Vivo
 Valoriza

Atenção: Consultar os termos e condições
 de uso do serviço de telefonia móvel
 disponível no site www.vivo.com.br/todososervicos

Assinatura digitalizada A
 Recife, 23 de Julho de 2018
 Representante Operadora: Recife - PE
 Representante Operadora: Recife - PE

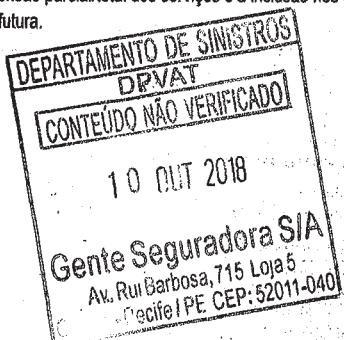
O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVOCONTROLEDIGITAL + 4GBILIM_ VIVO CONTROLE SERV DIGITAL III	1	1	69,99 0,00	-	-	69,99
Subtotal						69,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						1,49
Subtotal						1,49
TOTAL A PAGAR						71,48

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



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

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



www.celpe.com.br

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
Ouvintes: 0800 282 5599
Cia de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
SCU-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 GISELLE VALENCA DE MEDEIROS CPF: 633.249.034-91	DATA DE VENCIMENTO 02/10/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/09/2018	CONTA CONTRATO 002525983016
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104 COND EDFR SIGMA TRADE CENTER	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 25/09/2018	Nº DO CLIENTE 2001355309
ILHA DO LEITE/RECIFE 50070-490 RECIFE PE	NÚMERO DA NOTA FISCAL 032336288	Nº DA INSTALAÇÃO 0002995198	
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico			
RESERVADO AO FISCO CDDB.F9B2.BAFB.9C55.E7E7.0582.B3E5.64C2			
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.celpa.com.br			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000		kWh
SET	18		226
AGO	18		235
JUL	18		243
JUN	18		258
MAI	18		228
ABR	18		154
MAR	18		211
FEV	18		159
JAN	18		103
DEZ	17		200
NOV	17		177
OUT	17		168
SET	17		182

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE MEDIÇÃO	DEPARTAMENTO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
MC61974	CAT	20/08/2018	50.341,00	18/09/2018	50.567,00	29	1.00000	0,00 DW

CONTEÚDO NAO
10 DI

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	9,43	18,86
EIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	5,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,60	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 62,22					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Ag. Correios Forum Ruy Barbosa: Avenida Advogado José Paulo Cavalcanti Ilha Joana Bezerra / Unilar: Avenida Lins Petitti Boa Vista. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pagto. 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.

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	09/2018	0,00	02/10/2018	<p style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p style="text-align: center;">Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Giselle Valenca de Melo Moraes inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mario Dias de Oliveira Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 297.909.644-04, do sinistro de DPVAT cobertura Privalidez da Vítima Mario Dias de Oliveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 297.909.644-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ DEPARTAMENTO DE SINISTROS
e apresento os documentos comprobatórios:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residente no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Francisco Valves</u>		Número <u>105</u>	Complemento <u>104</u>
Bairro <u>Alha do Leite</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50070-490</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

Recife 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Giselle Valenca de Melo Moraes
Assinatura do Declarante

Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07/02/2018

Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife PE CEP: 52011-040

LADO VÍTIMA

Sociente MARIO DIAS DA OLIVEIRA JR. vítima de acidente de trânsito em 07/02/2018 Imediato BO no nº 1800106000665

Sofre Fratura do Ramo I&II PUBIS f30. Foi tratado cirurgicamente com Alívio + analgésicos + fisioterapia.

O paciente evolui bem sem sequelas definitivas.

Ass. Dr.

Suposição de danos báscicos ativos e suspeita de lesões de ADIÇÃO + ABSCESSO no quadril.

- Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.

COD 10 S32.5 Alta Substancial Definitiva

Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 8391
tel: 172-7030-1121

05/11/18

Data do Atendimento:

07/02/2018

Hora: 18:26:36

No. Atendimento: 1126849

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 425215

Colaborador: LILIANEAO

Nome: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

Data de Nascimento: 05/09/1962

Idade: 55 Anos, 5 Meses e 2 Dias

Sexo: Masculino

País ou responsáveis: MARIA DOS ANJOS SANTOS OLIVEIRA

C.I.:

Endereço.....: RUA DOUTOR JOAO COIMBRA, ENDEREÇO DA OCORRENCIA SM FONE - MADALENA/

Cidade.....: RECIFE

Tel.:

Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs

Peso: _____ Kg

Temperatura: _____

QPD / HDA: Vítima de atropelamento há ± 3 horas, referindo dor no quadril (E) que piora ao tentar deambular.

EXAME FÍSICO: dor à palpação do quadril

DIAGNÓSTICO: Fratura do ramo isquio (E)
Dir desvascularizada

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA CAXANGÁ
RAIS

TIPO: Bacia AP
HORA: 18:26:36

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Rx da Bacia AP.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

10 FEB 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife PE CEP: 52011-040

VOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

1) Insulina Regular 12UI - SC.
2) Fratura de tratamento conservador

2) Ao Ambulatório

3) Dipirona 01 gr + AD, IV.

estino do Paciente: (Alta para casa) (Encaminhamento ao Ambulatório) (Internamento)

(Transferência para outra Unidade) (Óbito) (Outro: Alta da Ortopedia.)

Condição de Saúde do Paciente: (Melhorado) (Inalterado) (Piorado)

GT → 22 mg/dl → 09.00

A → 120 x 80 → 4.160

Iyaciel Soares
Operária Administrativa
08/02/2018

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 07/02/2018 18:16

Nome Paciente:	MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/09/1962
Sexo:	Masculino
Idade:	55
Senha:	OR0060
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Nome Paciente: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/09/1962
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: OR0060
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/02/2018 18:22 - 07/02/2018 18:24

AMANDA DE ARAUJO RANGEL - COREN: 301777 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO SAMU RECIFE, OCORRENCIA Nº 436694, BÁSICA 05, PACIENTE APRESENTANDO DOR EM MIE APÓS ACIDENTE DE MOTO.

Observação:

**NEGA HAS

**REFERE DM
(HGT 330 MG/DL)

246 mg/dL 23:45h

** NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG



Acolhido(a) por: AMANDA DE ARAUJO RANGEL - COREN: 301777 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/02/2018 18:24

ost

Pit is de... off

Much of outside

are now

on = Mts de con
front (over) the
Pecos valley





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS**

**NOME: MÁRIO DIAS
DATA: 27/04/2018
RX: 835**

RADIOGRAFIAS

COLUNA VERTEBRAL

Redução da densidade óssea.
Osteófitos marginais.
Pinçamentos de espaços discais.
Tênué calcificação ateromatosa da aorta abdominal.
Não se verifica imagem de listese ao método de imagem.

Imarias
Dra. Meire Farias
Radiologista HGA
CRM 10331 MAT 232586-1



**Av. Recife, nº 801 – Areias – Recife/PE – CEP: 50.870-901
Telefones : (81) 3182-3000 / 3182-3014
e-mail: hga@saudpe.gov.br**



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL GERAL DE AREIAS

MÉDICINA FÍSICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr.(a) Julinor Manoel Dias de Oliveira

RG. nº 2677006

expedido pela - SSP PE

portador (a) de nº- Natura do Inquérito 'E' Nº encontra -
se em tratamento

fisioterápico no Setor de Medicina Física do Hospital Geral de Areias.

Além realizou o tratamento
fisioterápico no período

de 25/04/18 a

03/08/18 onde

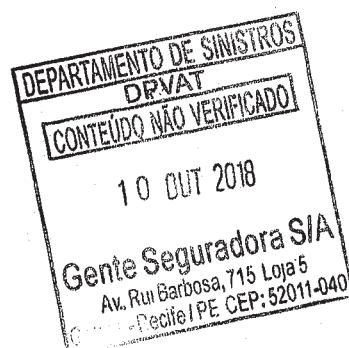
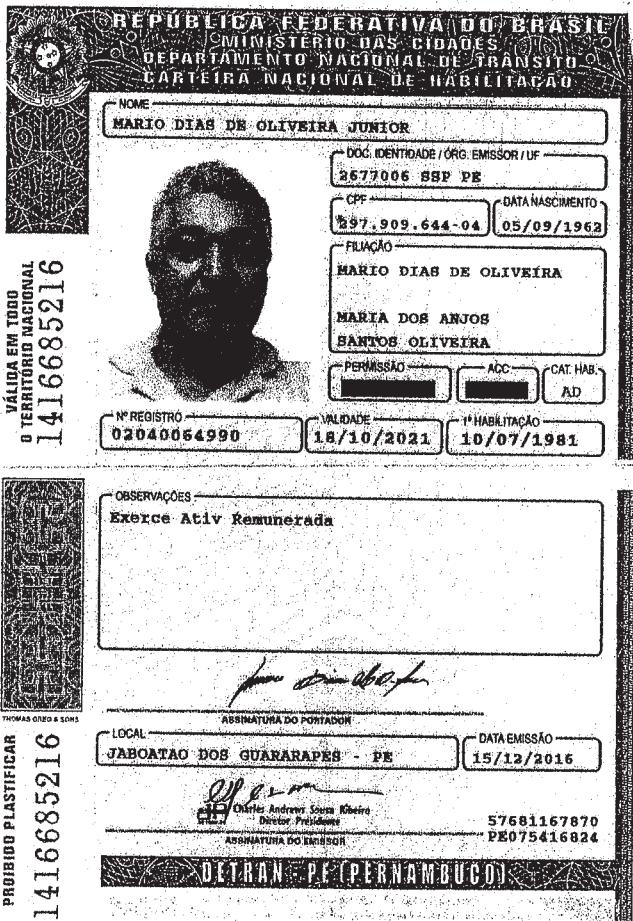
realizou Termoterapia + Analgesia + massoterapia + Linfodo.
Quadril E1 e 4 II

Fisioterapeuta - CREFITO

Recife

31/08/18







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013223928234

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	839331690	*****	2017
NOME			
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR			
RECIFE - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
297.909.644-04	KJZ1709		
PLACA ANI / UF	CHASSI		
*****/PE	902RC96505P010774		
POLÍCIA TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD	
HONDA / CG 150 TITAN ES	2004	2005	
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 149CL	PARTIC	PRETA	
I P V A	IPVA 2017 VUITADO	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
FAIXA IPVA	PARCELAGEM / COTAS	2	*****
1	*****	3	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO OBRIGATÓRIO			
DESENVOLVIDO PELA COOPERATIVA			
NÃO VALORIZADA TRANSFERÊNCIA			
RECIFE	LOCAL	DATA	
John Doe			
John Doe Andrews Sousa Hilberto			
DIRETOR Presidente DETRAN/PE			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523097 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR PEDRO MARQUES CRM 8594 DATADO EM 05/11/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: MOTORISTA,
RG nº 2.677.006 SSP/PE, CPF/MF nº 297.909.644-04, com
endereço residencial na RUA SANTA AGDA, Nº 10 JORDÃO
RECIFE PE CEP 53260-160

OUTORGADO:

Nome: Gisele Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2574273 SSP/PE,
CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105,
sala 104, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT.

22 de agosto de 2018.

 Mario Dias Oliveira Jr.
outorgante



 **CARTÓRIO PORTA LARGA**
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO

Rua Professor Paes Leme, n. 54, Prazeres –
Jaboatão dos Guararapes - PE
CEP: 54335-065 - Fone: (81) 3461-1048

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade da
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR Dou fé.
22/08/2018 09:40:32 Em test da verdade.
JOSE DORGIVAL BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
SELO 0077180.ZFA08201803.02476
Emol: R\$ 3,39 TSNR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79

Olen

Cartório de Registro Civil
2º Distrito de Prazeres
José Dorgival Bezerra Cavalcanti
SUBSTITUTO

Consulte a Autenticidade em www.tjpe.jus.br/sefodigital.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404246/18

Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 297.909.644-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2018

MARIO DIAS DE OLIVEIRA
JUNIOR

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR : 297.909.644-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/11/2018
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA