

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Wellington Miguel Da Silva

Nº do Registro:

Clínica: Otorr.

Nº do Leito:

Operador: Dr. Victor Hugo

1º Assistente: Dr. Alfredo

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 05/11/17

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fenda Permeável +

Pitola em Joelho (D)

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Nál. cl. placo articulares Y.S.

Bloqueios + Primeiros de Posição

Operação Realizada: O mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

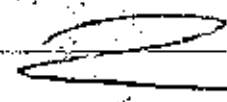
① Pit em 4. SOB anestesia + Corrente em Colar (D) + Incisão longitudinal no dorso + punção por placo + osteotomia da int

② Nál. cl. os placo Y.S. Bloqueios + Primeiros de Posição

③ Osteoss. - dorso + int c/ 02 Primeiros esportivos samplu + os primeiros

④ Novos SOB fluoroscopia + Sólidos + Dorso + Corrente

⑤ No final Corrente



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Welfer Miguel do Silva

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito

49

Operador:

Dr. Jackson Konrad

1º Assistente:

Mário (RA)

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

09.01.16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fx pelve proximal 3º Q.D.D

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Pelve

Operação Realizada:

A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Posição em DM + Anestesia
- 2) Realização de Pelve + Anestesia de corpo inteiro
- 3) Realização de 1º e 2º Q.D.D. 1º e 2º Q.D.D. + Pelve proximal
- 4) Pelve

Dr. Jackson Konrad
18 JAN 2016

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

18 JAN 2016

PROTOCOLO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Wellington Miguel da Silva

Nº do Registro:

Clínica:

Osteoartrose

Nº do Leito

Operador:

Dr. Telavice

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

18/12/16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fx. de fêmur distal D.

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Trat. Cirúrgico

Operação Realizada:

O mesmo

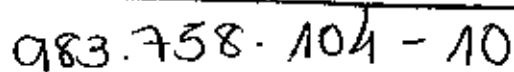
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pte. man. DDH mole anestesia
2. Anestesia + Antergria + Compro
3. Redução encaixote + estabilização com fixador externo Talha a tala
4. Curativo + Sutura

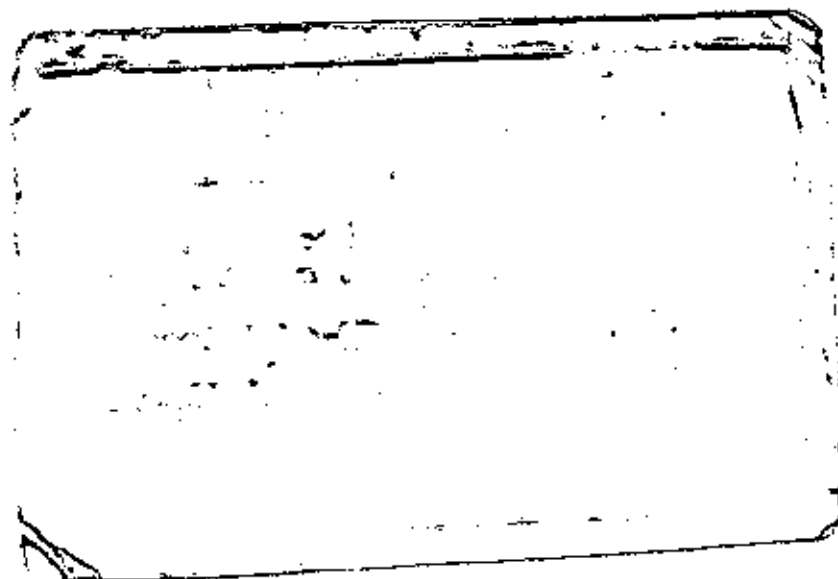
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

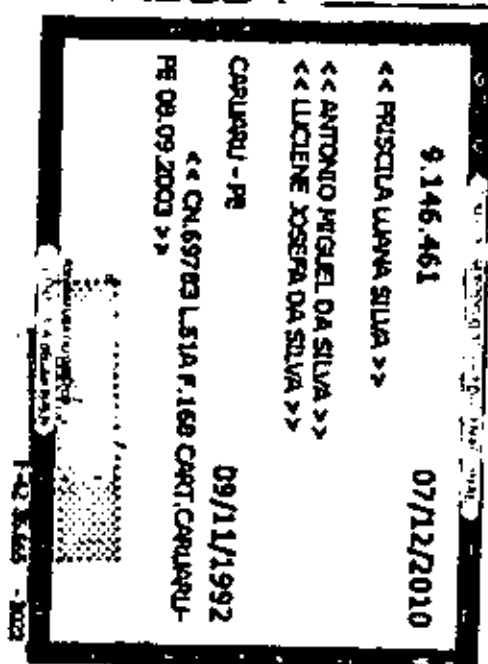
18 JAN 2017

PROTOCOLO



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
18 JAN 2018
PROTOCOLO





Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
EC81.BC91.E4F8.078E

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 21:37:43 de dia 14/12/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
112.279.884-94

Nome
PRISCILA LUANA SILVA

Nascimento
09/11/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

22 MAR 2018

10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012387578009
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 17708043E RNTRO. EXERCÍCIO 2016

NOME
ROSILDO RAFAEL DE MACEDO
CACHOEIRA DE MINAS

CPF/CNPJ 030.276.844-00 PLACA RPO9649

PLACA ANT. 1999 CHASSI 9C2K15309R104916

ESPÉCIE TIPO FAS / MOTORISTA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ESD ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. / CL. 2P / 149CL CATEGORIA FARTIC COR. PREDOMINANTE CINZA

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

IPVA 2016 QUITADO 2ª ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00 IOP (R\$) 100,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 200,00 DATA DE PAGAMENTO 10/10

SEGURO PAGO SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

CHARLES ANDRÉ SOUSA RIBEIRO

DATA 15/03/16

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

PE Nº 012387578009 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
ROSILDO RAFAEL DE MACEDO
RUA MAJÓ TIEMAS 447 55280-000
CASA CENTRO CACHOEIRA DE MINAS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 15/03/16

VIA 1 CDD. RENAVAM 17708043E PLACA RPO9649

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 09 CHASSI 9C2K15309R104916

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 100,00

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.880/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DETRAN-PE EMISSÃO DO BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



DUT

1 000000 112 10001 1 11 10001

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

01R26

Não Alfabetizado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.530.447 DATA DE EXPEDICÃO 07/10/2016

NOME << LUCIENE JOSEFA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ ANTONIO DA SILVA >>
<< JOSEFA REGINA DA SILVA >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 14/08/1974

DOC ORIGEM << CC. 7.925 L.815 F.18SV CART. CARUARU-PE 07.02.2009 >>

CPF 070.910.264-03

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Outros

1 100000 100 1000 1 1 1000

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

CORREIOS

www.correios.gov.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição de 070.910.264-03

Nome LUCIENE JOSEFA DA SILVA

Nascimento 14/08/1974

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro OPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025286/18
Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA
CPF: 137.988.624-43

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/12/2016
Titular do CPF: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

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

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA : 983.756.104-10

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

WELLINGTON MIGUEL DA SILVA : 137.988.624-43

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.

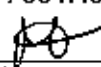
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2018
Nome: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 983.756.104-10

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2018
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50


Manuella Trindade Pessoa de Araujo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180046432 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO DREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180046432 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 3 QDD, FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E PATELA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD, COM DEFICIT DE FORÇA DO DEDO DE GRAU LEVE, SEM PREJUÍZO FUNCIONAL NA MÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE GRAVE DO JOELHO DIREITO, COM FLEXÃO A CERCA DE 45 GRAUS, PREJUÍZO DE FORÇA, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.

Resultados terapêuticos: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DA MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180046432

Vitima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180046432**.

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

Carta nº 12338520



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Sinistro: 3180046432
Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA
Data do Acidente: 17/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: PRISCILA LUANA SILVA

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 3180046432** 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

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139250

A/C: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180046432
Vítima: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA
Data do Acidente: 17/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: PRISCILA LUANA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 237

Agência: 000006991-4

Conta: 0000002179-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.712,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

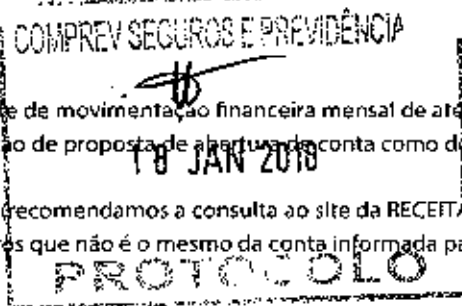
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização do banco.

EU: Wellington Miguel da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 10 236 702 EXPEDIDO POR SDS PE EM 02/09/2015
CPF 337988624-43 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO recebeu-se
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wellington Miguel da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 da 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.

Autorização de pagamento

1 001112 101 1101 1 11 1101

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 037 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 06991 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02.179-2

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.

X Wellington Miguel da Silva

Cochoirinha, 10 de Outubro de 2017

LOCAL E DATA

X Priscila Buana Silva

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.

BRANDESCO
EXPRESSO
Banco

Correspondente do Banco Bradesco S.A.
DURIA VALENÇA DE MELO - ME
PRAÇA DOM EXPEDITO LOPES - 16
Fern. Mel. Tel: 080066183 - Data: 31/08/2017
Data: 31/08/2017 Hora de Brasília: 16:04

Deposito em Conta Corrente

Favorecido:
Banco: 22
Agencia: 0690 - CACIBETANIA
Conta: 00000000229-2
Nome: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

6994
2929-21

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180046432
Nome do(a) Examinado(a): Wellington Miguel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Otaviano Oliveira Cintra, 1 Cs A
Centro Cachoeirinha PE CEP: 55380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10236102
Data local do acidente: [17/12/2016]
Data local do exame: [12/06/2018] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

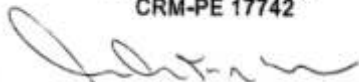
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE 3 QDD, FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E PATELA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FIO K (3 QDD), PARAFUSOS (JOELHO E FEMUR DIREITOS), FISIOTERAPIA
Complicações: AUSENTES
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE 3 QDD, COM DEFICIT DE FORÇA DO DEDO DE GRAU LEVE, SEM PREJUÍZO FUNCIONAL NA MÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. APRESENTA DÉFICIT DE MOBILIDADE GRAVE DO JOELHO DIREITO, COM FLEXÃO A CERCA DE 45 GRAUS, PREJUÍZO DE FORÇA, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU DE CERCA DE 90% DO JOELHO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, LEVE DO 3 QDD, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DA MÃO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ªCIRC
DINTER/15ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0192000349

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/09/2017** às **13:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **07/12/2016** na rodovia da **Monte**

Fato ocorrido no endereço: **CACHOEIRINHA - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
 NAO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
 LUCIENE JOSEFA DA SILVA (NOTICIANTE)
 ROSILDO RAFAEL DE MACEDO (OUTRO)
 GENIVAL ALVES DE ALMEIDA (OUTRO)
 W.M.U.S. (Menor de idade) (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência

11/11/11 11/11/11 11/11/11

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSELDO RAFAEL DE MACEDO**
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL ALVES DE ALMEIDA**

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s)

W.M.U.S. (Menor de idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **LUCIENE JOSEFA DA SILVA** Pai: **ANTONIO MIGUEL DA SILVA** Data de Nascimento: **17/11/2000** Nacionalidade: **NÃO**

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **JOSEFA ALVES DA SILVA** Pai: **FRANCISCO JOSE DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **26/3/1973** Nacionalidade: **NÃO**

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ROSELDO RAFAEL DE MACEDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

LUCIENE JOSEFA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

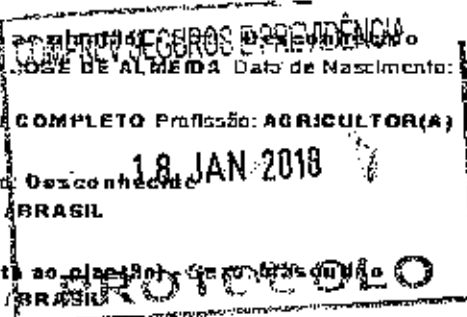
Mãe: **JOSEFA REGINA DA SILVA** Pai: **JOSE ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/8/1974** Nacionalidade: **NÃO**

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: **VIVO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROSELDO RAFAEL DE MACEDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSELDO RAFAEL DE MACEDO**



<https://segurty.sds.pe.gov.br/bernambuco/VisualizaBO.do?idUn=199&idOc=6657758&nro...> 5/9/2017

Secretaria de Defesa Social: INFOPOL

Page 2 of 2

Com GINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KF0849 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 8C2KC15309R104816

Also featured within the volume:

2020/2449

លេខកូដ: HONDA ៥៥ 16៥

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA. LUCIENE JOSEFA, INFORMANDO DE QUE SEU FILHO WELLINGTON FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRABALHO. A MESMA INFORMOU QUE QUE O MESMO ESTAVA NA GRUPO DA MOTO JA CITADA NESTE B.O. QUE ERA CONDUZIDA POR O SR. GENIVAL ALVES, ONDE EM DADO MOMENTO O CONDUZIR PERDEU O CONTROLE DA MESMA ONDE TEVE ENGORACAO DE LEVE E WELLINGTON TEVE FRATURA NA PERNA DIREITA E FOI SOCORRIDO PELO O SAMU DE SAO CAITANO E REMOVIDO PARA O H.R.A. EM CARUARU. NADA MAIS DO QUE DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

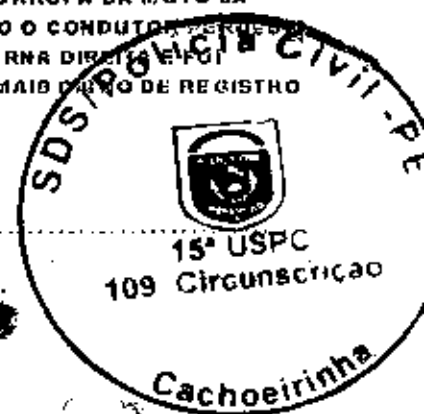
Assinatura do(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial:

X Wellington Miguel da Silva

W.M.O.S. (Mon or de Idade)
(VITIMA)

LUZIERE JOSEFA DA SILVA
(NOTULANTE)

E.O. registrado por: ROBERTO RODRIGUES DE LIMA - Matrícula: 158788-6



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

1:8 JAN 2018

PROTOCOLLO

<https://security.sda.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=199&idOc=6657758&nr=159/2017>



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO



DECLARAÇÃO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

1-8-JAN-2019

Protocollo

COORDENADORA

04

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000002179-2

Nr. Autenticação

BRADESCO140620180500000000023706991000000002179371250 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WELLINGTON MIGUEL DA SILVA

RG nº 10 236 102, data de expedição 02/09/2015 Órgão SDS/PE

CPF nº 13798862443, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

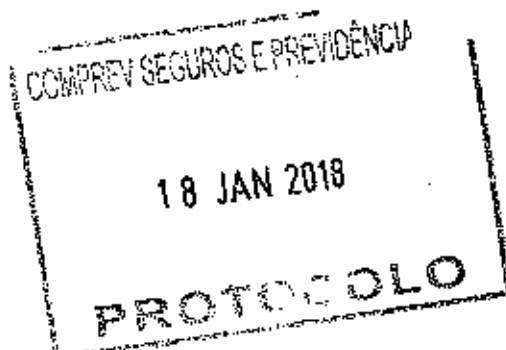
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Otávio Oliveira Lima</u>
Número	<u>01</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Cachoeirinha</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55380-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cachoeirinha, 10/10/17

X Wellington Miguel da Silva

Assinatura do Declarante: Priscila Luana Silva





CNPJ 08.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - MUN. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 40951002		01/07/2017	
LUCIENE JOSEFA DA SILVA R OTAVIANO OLIVEIRA CINTRA, N. 00201 - C5-A - CENTRO CACHOEIRI NHA PE 55380-000 INSCRIÇÃO: 031 830 560 0050 140 GRUPO 5 DER AUTOMATICO: 004695100					
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
11GADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICA
HIDRÔMETRO:	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)		
0110029857	29/06/2017	29/07/2017	MEDIA, M0		
AGUA: LEIT ANT: 559 CONSUMO: 9 LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M LEIT FAT: 569					
HISTORICO DE CONSUMO					
REFERENCIA CONSUMO		NUMERO DE AMOSTRAS			
		PARAMETROS	EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDEM
			MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS
06/2017	09	TURBIDEZ	38	38	38
05/2017	06	COR APARENTE	38	38	38
04/2017	10	CORO RESIDUAL	38	38	38
03/2017	10	KOLIF. TOTAIS	38	38	38
02/2017	10	E. COLI	38	38	38
01/2017	07				
MEDIA: 09		Qualidade de Agua: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA					
DESCRICAO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)		
AGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		9 M3	40,18		
CONSUMO DE AGUA					
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2017			0,80		

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO

VENCIMENTO: 08/08/2017 TOTAL A PAGAR: 40,98

MENSAGEM:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Ex. General Aluisio de Almeida
RG nº 62.57.066, data de expedição 07.11.98, Orgão SSP/PE

CPF nº 983 756 70410 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Rua José Pedro de Silva
Número	83
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Centro
Cidade	Salvador
Estado	Pernambuco
CEP	55 380-000
Telefone de Contato	(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3082
E-mail	

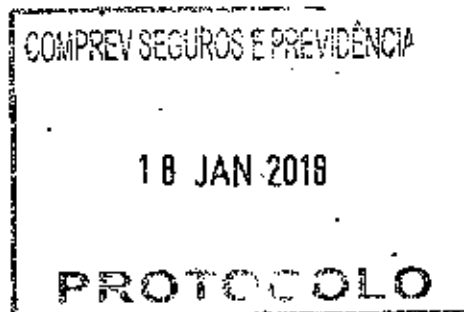
Comprovante de residência

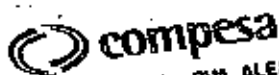
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pachoririnha, 10/10/17

Assinatura do Declarante:

Generalissimo Antonio Arce





ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - N.º 18.1001.0014398-2
CACHOEIRINHA PE 55380-000

CNPJ 09.769.035/0001-54
INSC. EST. Nº 18.1001.0014398-2

MATRICULA: 4688851/3 JUL/2017

DADOS DO CLIENTE
GENIVAL ALVES ALMEIDA
R JOSE PEDRO DA SILVA, N.º 00081 - CENTRO CACHOEIRINHA PE 55380

INSCRIÇÃO: 001-818-558-0019-340 GRUPO: 2-DEB AUTOMATICO-004688851
SITUAÇÃO AGUA: RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICA

LIGADO: POTENCIAL
HIDROMETRO: 26/06/2017
DATA LEIT. ANTERIOR: 26/07/2017
TIPO DE CONSUMO (M3): MEDIA M3

AGUA: LEIT ANT: 527 CONSUMO: 8
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M
LEIT FAT: 537

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

06/2017 07
05/2017 13
04/2017 05
03/2017 05
02/2017 08
01/2017 07
MEDIA: 08

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT MS 2.924/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	38	38	38
COR APARENTE	38	38	38
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	38
E. COLI	38	38	38

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA
TAXA P/ IMPORTANCIA DE 06/2017

COMPANHIA DE SANEAMENTO E PREVIDÊNCIA

18 JAN 2018

PROTOCOLO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-007
CNPJ 10.813.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005543-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 1161 PRONTIDÃO 416
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5590
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MAURICIO CAVALCANTI DA SILVA JUNIOR CPF: 079.899.304-43		DATA DE VENCIMENTO 04/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 60,79		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/05/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/05/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 018189657		CONTA CONTRATO 007024757042 Nº DO CLIENTE 2502974819 Nº DA INSTALAÇÃO 000030830	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE PEDRO DA SILVA 28 LA UDE VELHO CACHOEIRINHA 55380-000 CACHOEIRINHA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, por contáreis em nossas unidades de atendimento e no site: www.csp-pe.com.br		RESERVADO AO FISCO 21AB.068C.0721.F3AB.23B0.3159.B48F.EAEF					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Aluguel(Wh)	72,00	0,78473278	56,5
Acrescimo Bandeira AMARELA	-		0,0
Contribuição Iluminação Pública			2,0
ICMS Substancia-COE-NF 010757079 - 26/03/18			0,0
Multa por atraso-NF 010757079 - 26/03/18			1,0
Juros por atraso-NF 010757079 - 26/03/18			0,0
Atenuação ICMS-NF 010753878 - 26/03/18			0,0
TOTAL DA FATURA			60,30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
55,21	25,00	13,80	55,21	3,12	0,81	55,21	5,37	2,93

Comentarios e los pagamos de la(s) serie(s) de energía eléctrica.		
Vigencia	En Rent	Valor
03/06/18	7608710	67.42

Uma das 100 páginas do diário, a primeira, que deveria conter o primeiro capítulo, não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A segunda página, que deveria conter o segundo capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A terceira página, que deveria conter o terceiro capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A quarta página, que deveria conter o quarto capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A quinta página, que deveria conter o quinto capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A sexta página, que deveria conter o sexto capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A sétima página, que deveria conter o sétimo capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A oitava página, que deveria conter o oitavo capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A nona página, que deveria conter o nono capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído. A décima página, que deveria conter o décimo capítulo, também não chegou. Isso pode indicar que o diário não chegou ao destino ou que foi destruído.

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo mínimo kWh	0,51746666	MAI 18	494
		JUN 18	72
		JUL 18	72
		AGO 18	89
		SET 18	87
		OCT 18	78
		NOV 18	87
		DEZ 18	85
		JAN 19	97
		FEB 19	30
		MAR 19	38
		ABR 19	36
		MAY 19	39
		JUN 19	30
		JUL 19	34
		AGO 19	34

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
CONTABILIZACAO DO EMPREGADOR	TIPO DA FURTO, AD	AUTOMOBIL		ATMOS		DE DIAS	COMBUSTIVEL	AJUSTE	CONSUMO UNIT
		DATA	LEGISLA	DATA	LEGISLA				
0000000003181570123	CAF	23/04/2018	416.00	23/05/2018	437.00	36	1.00000	0.00	72.00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA ANUAL
Ano 1991				
Cortes de tensão sem Energia		0,00	4,47	12,04
Faltas de tensão sem Energia		0,00	3,42	9,88
Cortes de tensão com Energia		0,00	3,00	8,00
Interrupções pontuais				
Cortes de tensão com Energia				
Interrupções com Energia				
Unidade DURA: 12,33				
DURAÇÃO DO ESTADO DE USO - 12,33				

DATA PRIVILEGIATA PER LA PUBBLICAZIONE LETTERARIA - 2004/2010

CÓPIA

INFORMACOES IMPORTANTES

A partir de 2004, tarifa com reajuste médio de 4,41% para Usina Termon e 8,90% para ATE Termon-RCH 2.384/8. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL nº 490/11 de 04.03.2012) a estruturação monetária no próximo mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os poderes de atendimento contratado. Em caso de suspensão do fornecimento, o encargamento do contrato poderá decorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no ciclo em que ocorreu a suspensão.

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	CONSTITUÍDO DE PAGAMENTO
007024757042	05/2018	60,79	04/06/2018	PREVIDENCIÁRIO



SECRETARIA DE PREVIDENCIA

PREV. Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este cartão não usado em tolice ótica.

28 MAR 1964
PROTOSCOLO
AGENCIA RECIFE

Circular Susep nº 445/12 – Provenção à Lavagem de Dinheiro

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados 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.

* 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.

PROTOCOLLO



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

Declaração Circular SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoredolider.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/assinatura/DOCUMENTOORIGINALASPECTIVO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações 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 COAP*.

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

* 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 Priscila Luana Silva inscrita (a) no CPF/CNPJ 312.979.884/194 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellington Miguel da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 132.988.624/1113 do sinistro de DPVAT cobertura Acidente de Trânsito da Vitima Wellington Miguel da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 337.988.624/1113, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Desempregada Renda: Desempregada 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>Rua José Pedro da Silva</u>		Número	<u>28</u>	Complemento	<u>805A</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Cachoeirinha</u>		Estado	<u>PE</u>
Email			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
					<u>0819974.6607</u>	

CÓPIA

Cachoeirinha 28 de Maio 2018
Local e Data
Priscila Luana Silva
Assinatura do Declarante
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE
28 MAI 2018
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Eu, Rosildo Rafael de Macedo

Orgão SP
domicílio na cidade de cachoeirinha, no Estado de
pernambuco, onde residu na (Rua/avenida/estrada)
Rua paulo galegre, nº 460

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Wellington Miguel
cujo o condutor era Deivid Alves de Almeida

Veículo: moto

Modelo: Honda CB 450 Titam ES0

Ano: 2009 2009

Placa: KFO 9649

Chassi: 9e9 Kc 15309 R 104956

Data do Acidente: 17.12.2016

Local e data do cartório: Cochoirinha 19-06-2017

Resíduo Refusado de madeira

Assinatura do Declarante

Assinatura do Diretor

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima/reclamante de sinistro)

Obs.: Reconhecer: firma por autenticidade!



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA, PE
 Tmbores: VIANA LUCIA VALENCIA MELO E SILVA / Sobrinha: DINA LUCIA SIQUEIRA VALENCIA DE MELO FELICIANO
 R. Rua Valência de Melo, 120 - Centro - CEP 53300-000 - DINA L. S. V. - Fone/Fax: (081) 3123-2122 - cartorio.unico.cachoeira@pe.gov.br

Recibo pelo Recibo Por Autenticidade a firma de **RUSILDO RAFAEL DE MACEDO**
dout. fe. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 19/06/2017
09:46:27. Selo(s) 0076455.H006201701.00226. Consulte autenticidade
em www.tjpe.jus.br/selodigital. Emol.: R\$ 3,49 - TSNR R\$ 0,78 -
FERC: R\$ 0,39
Ira Lucia Valença Melo e Silva - Tabelião

ሃይማኖት በሰላምና በታሪክ የሚከናወን ሲሆን ለሰላምና ለታሪክ የሚጠቅም ሲሆን

não a vítima, reclamante de sinistro)
 VALIDO SOMENTE COM O SELLO
 DE AUTENTICIDADE E FISCALIZADO
 1.8 JAN 2019
 COMPANHIA SEGUROS E PREVIDENCIA

1.8 JAN 2018

7.8 JAN 2016
PROCELO