

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

NOME
 RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 5953233 BDM PE

CPF
 055.382.254-37

DATA NASCIMENTO
 08/02/1983

FOTOGRAFIA

FILIAÇÃO
 CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS
 TÂNIA LÚCIA MANGABEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO
 [] ADIC. [] CAT. HAB.

Nº REGISTRO
 03765010380

VALIDADE
 17/12/2020

P. HABILITAÇÃO
 11/01/2006

OBSERVAÇÕES
 A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 VITÓRIA DE GRAMPO ANTAO - PE

DATA EMISSÃO
 10/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

08499180010
 PR062079312

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1219478289

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
 1219478289

ARUANA SEGUROS
 16 OUT 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486093 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose Amaro de Oliveira
 DATA DO ACIDENTE 20/11/2017 CPF DA VÍTIMA 192.850.194-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Quoto Mangabeira dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Braco Fernandes Vieira
 Nº 21 COMPLEMENTO B BAIRRO Ed. Maritico
 CIDADE Olinda UF PE CEP 55140-300
 E-MAIL MRASSESSORIADEPENDENCIAS@OUTLOOK.COM TELEFONE (81) 3011-3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 5953233
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16 OUT 2018
 NOME ARIANA SEGUROS
 ASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486093 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSE AMARO DE OLIVEIRA
RG/CNH/CTPS: 9.36.619 CPF: 192.850.194-04
End: AV. LUIZ CONNEIA DE BRITO, 1075, CAMPO
GRANDE

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

de

de

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

JOSE AMARO DE OLIVEIRA

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA
COMARCA DE RECIFE - PE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENCRUZILHADA

Substituição Original da Firma Legítima - Juiz de Direito da 1ª Vara de Família e Sucessões - Recife/PE
Poderes Especiais - Renata Freitas de Melo - Renata Freitas de Melo
Estrutura da Firma: 108 - (071) 3243-3277 / 3243-4000

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma indicada de
JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Do: 16 de maio de 2018.

Em testemunho da verdade
Robson Freitas de Melo (Escrivente Substituto)

Emol.: R\$ 3,39 Taxas: R\$ 1,40 Totais: R\$ 4,79

Válido com o selo 0074203.AVY04201803.04267

Capítulo de Autenticidade em: www.rjpe.jus.br/autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376848/18

Número do Sinistro: 3180486093

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

CPF: 192.850.194-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 06/11/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376848/18

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

CPF: 192.850.194-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

Titular do CPF: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

JOSE AMARO DE OLIVEIRA : 192.850.194-04

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: 16/10/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180486093

Vitima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180486093**.

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 13484430



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180486093
Vitima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 20/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486093**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13505949



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180486093

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180486093**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

192.850.194-04

Nome completo da vítima

Jose Amaro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Amaro de Oliveira	192.850.194-04	Apresentador
Endereço	Número	Complemento
Av. Correia de Brito	1075	
Bairro	Estado	CPF
Campo Grande	PE	52040-360
Email		Telefone (DDD)
		81-3031.3224

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

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

0048

51164

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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, reconfinco e dou plena quitação do valor indenizado.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

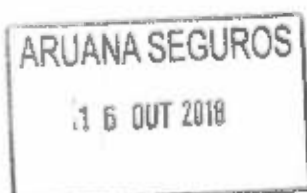
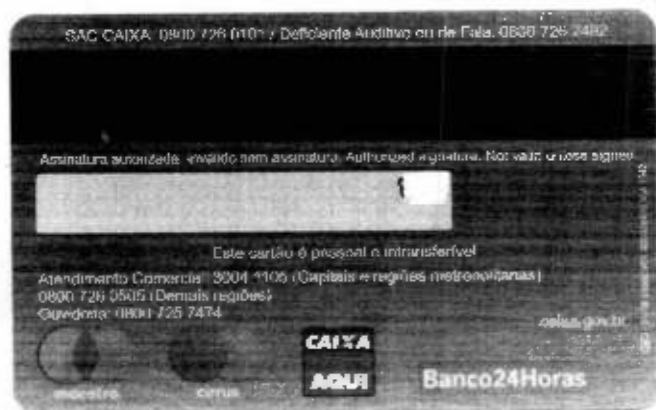
Colinda 15 de 05 de 2018

Local e Data

720824 na 27 de 01/28/18

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174004822**

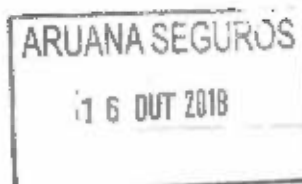
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2018** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 01, RUA LUIZ CORREIA DE BRITO - Bairro: CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IMPUTADO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): IMPUTADO

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

JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALZIRA MARIA DA CONCEIÇÃO
Pai: **JOÃO LOURENÇO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **16/3/1950** Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **936819/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 081985534474**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 1075, AVENIDA CORREIA DE BRITO, 1075, CAMPO GRANDE, RECIFE, PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IMPUTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IMPUTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA 20/112017, UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA BATEU NO MESMO E MACHUCOU A CABEÇA, O SR. JOSE AMARO DE OLIVEIRA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E FICOU INTERNADO O ATENDIMENTO FOI DE NUMERO 895655/2017 PELO DR. CARLOS PAIVA CRM : 9946. O NUMERO DA OCORRENCIA DO CORPO DE BOMBEIROS É 2018APM000410. O SR. JOSÉ AMARO AFIRMA NÃO SABER DADOS DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NEM DO SEU CONDUTOR.

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

Jose Amaro de Oliveira
JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: FLORENTINO FERREIRA DE ALMEIDA JUNIOR - Matrícula: 221862-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0201204 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 a 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 interdita 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 José Amaro de Oliveira CPF da Vítima 192.850.194-04 Data do Acidente 20/11/2017

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 realizou 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Oliveira 15 de 05 de 2018
Local e Data

José Amaro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000410 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE AMARO DE OLIVEIRA, 67 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 936619 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 192.850.194-04, residente à RUA CORREIA DE BRITO, nº 1075, , CAMPO GRANDE, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/11/2017, por volta das 14:35 hs, no endereço: AV. LUIS CORREIA DE BRITO, S/N, CAMPO GRANDE RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE AMARO DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 192.850.194-04 e Registro Geral ° 936619, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707314-3 VIEIRA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 890827. Ficou aos cuidados do médico CRISTINA B. HEIRICH, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Posição em 04/05/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000410

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GEORGINA CONCEICAO DOS SANTOS
CPF: 011.716.435-80

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV CORREIA DE BRITO 1076

CAMPO GRANDE/RECIFE
52040-360 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

11/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

16,76

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

016095578

CONTA CONTRATO

001599476020

Nº DO CLIENTE

2002418931

Nº DA INSTALAÇÃO

0002830237

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

ADFF.4063.C7CB.E727.D859.CB94.E886.4BBC

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,52194761	15,66
Acordeão Bandeira AMARELA			0,03
Multa por atraso-NF 007660406 - 02/03/18			0,30
Multa por atraso-NF 011268071 - 03/04/18			0,29
Juros por atraso-NF 011268071 - 03/04/18			0,07
Juros por atraso-NF 007660406 - 02/03/18			0,22
Atualização IGPM-NF 011268071 - 03/04/18			0,08
Atualização IGPM-NF 007660406 - 02/03/18			0,18
TOTAL DA FATURA			16,76

Comunicamos o não pagamento da(s) data(s) de anágua cidade(s):

Venda	De Rece	Valor
1000/17	03/08/17	15,71
0900/17	04/07/17	16,49

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer em inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta convenção não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não atinge débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 8,48433419

HISTÓRICO DO CONSUMO

	MAI	JUN	JUL	AUG	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY
Consumo Ativo(kWh)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Faturado pelo mínimo de faturamento - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	15,66	1,12	0,17	15,66	5,32	0,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	IF	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000003152931023	CAT	29/04/2018	1,00	04/06/2018	1,00	5	1,00000
000000003152931023	CAT	03/04/2018	0,00	28/04/2018	1,00	1,00	1,00000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
mar/2018					
QIC-No de horas sem Energia	SANTO AMAR	1,37	4,83	9,87	19,34
QIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,17	0,38	12,70
QMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,37	2,69	0,09	0,09
QICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite QICR 12,22
QBD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 7,39					

Este Consumidor pode solicitar a ignoração dos indicadores QIC, QICR, QMIC e QBD a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/16.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.8, XLVil, a, 21, do RICM S-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos da faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001599476020	06/2018	16,76	11/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

838700000001 187600110017 599476020108 132463363839



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-06 | Insc. Est. 5006945-03 | www.ceppe.com.br

MARLUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO F. PO. FERNANDES VIEIRA 218

CPF 156 083 254-33

JARDIM ATLANTICO/OLINDA
OLINDA PE
53140-900

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA CONTRATO	RECEBANDO
7027598778	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISITA PROXIMA LETITIA
23/04/2018	16/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	422,90

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	EMPRESA
013064777	ÚNICA	18/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/04/2018	201828528	2051185

422.87

Consumo Ativo (Ativo)
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Suplêntio - CDE-NF 006814268 - 18/02/18
Multa por atraso - NF 006814268 - 18/02/18
Juros por atraso - NF 006814268 - 18/02/18
Atualização ICMS - NF 006814268 - 18/02/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
581 0000000	0,8842618	383,95
		18,92
		2,88
		6,95
		1,26
		0,08

422 ST

Nº DO MEDICAM	TIPO DE FUMGAD	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE GASE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
Amorco	CAT	16/03/01	38 839,00	16/04/01	38 224,00	33	1,0000		60,00

MÊS/ANO		BASE DE CÁLCULO			%	VALOR do IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONTRIBUTO			
ABR-10	521						Contribuição de Energia	R\$	110,98	39,08%
MAI-10	514						Transmissão	R\$	11,87	2,00%
FEV-10	445	383,00	24,00		6,25		Contribuição do Consumidor	R\$	66,38	24,61%
JUN-10		383,00	2,50		2,04		Perdas na Transmissão	R\$	29,06	1,05%
DEZ-10		383,00	2,00		0,62		Despesas Gerais	R\$	30,31	0,02%
OUT-10							Tributos	R\$	105,94	27,83%
OUT-10							Total	R\$	282,66	100%

Consumo Apagado:

0,48078000

CE6D 0338 5478 52F3 3576 A1CC 4B4E B0C1

0E6D 0638 5478 52F3 3576 A1CC 4BAF BAC1

As informações aqui contidas são de caráter informativo e não constituem recomendação de investimento. O Cliente é responsável por avaliar a oportunidade de investimento e a adequação do produto oferecido. O Banco não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido das informações aqui contidas. O Banco não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido das informações aqui contidas. O Banco não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido das informações aqui contidas.

Comunicazioni al pagamento della contabilità (se applicabile)					
Vento 2203/8	Direzione 1000/8	Vento 1000/8	Vento 1000/8	Direzione 1000/8	Vento 1000/8

na formação para o
investimento. O Conselho de Administração
de 2007-2011, por sua vez, aprovou
um plano estratégico a longo prazo
para o crescimento sustentável da
empresa, com foco na inovação e
na sustentabilidade.

ARUANA SEGUROS

11 6 OCT 2018

[illegible]

Lentil Case: 17.22

Elaborado a partir do Relatório de Análise de Segurança da Informação - RASI, 2010.

CONTA CONTRATO	MESMO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
702756673	04/2018	23/04/2018	

422.97

83850000004-0 22970011007-1 02759877810-3 11848783293-0



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato Vargabeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254 / 37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Amaro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 192.850.194 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Jose Amaro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 192.850.194 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios: Recusou

☒ 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>Praga Fernandes Vieira</u>		Número <u>21</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Ed. Atlantico</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53110-300</u>
Email <u>HRASSESSORIADEPENDENCIAS@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-3011.3224</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8874-8263</u>

Olinda 15 de 05 de 2018
Local e Data

Renato Vargabeira
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
16 OUT 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 890827/2017.

NOME: JOSE AMARO DE OLIVEIRA.

Foi atendido às 15h17 do dia 08.11.2017.

Diagnóstico provável: Politrauma - TCE

Cirurgia de abdômen

Tratamento realizado: clínico

TAE clínico, TAE cirúrgico
Rx torax, Rx abdômen.

Obs. alta hospitalar - 11/11/17

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 24109118

CS - Serviço de
Médico
CRM: 0000000000

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/3181552.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 895655/2017.

NOME: JOSE AMARO DE OLIVEIRA.

Foi atendido às 10h15 do dia 20.11.2017.

Diagnóstico provável: TCE - Lesão encefálica
fechada e difusa

Tratamento realizado: clínico

Tte clínico RNM clínico:
sem lesões focais

Obs. alta hospitalar em 28/11/17

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 08/03/18.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico do S.M.E.
CRM: 9948

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

Nome: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Idade: 60

Sexo: M

Médico: JOAO RIBEIRO MEMORIA JUNIOR

Procedência: SUS - AMBULATORIO

Pedido: 447495

Data do Pedido: 20/04/2018 08:45:00

Data do Laudo: 27/04/2018 11:03:58

Atendimento: 961882

Exame realizado em: 20/04/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

HISTÓRIA: dificuldade para deambular após TCE, segundo requisição médica.

COMPARAÇÃO: ressonância do crânio datada de 22/11/2017 e tomografia computadorizada do crânio realizada de 28/11/2017.

TÉCNICA: foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem a administração do contraste paramagnético.

ACHADOS

Dilatação assimétrica do sistema ventricular supratentorial com proeminência "ex-vacuo" dos cornos temporal e posterior/trigono do ventrículo lateral direito, não evidenciada nos exames anteriores. Sulcos corticais difusamente alargados, nos parecendo haver discreto apagamento no hemisfério cerebral direito também observado na tomografia prévia. Cisternas amplas.

Observa-se área com hipersinal em T2 e FLAIR adjacente ao corno temporal do ventrículo lateral direito associada a lâmina com hipossinal em T2 e na sequência gradiente eco sugerindo a presença de produto de degradação da hemoglobina relacionado a hemorragia prévia.

Não mais evidenciamos a lesão hiperintensa em T1 e T2 observada na ressonância de 2017 relacionada a hematoma intraparenquimatoso na região temporal direita, existindo discreto componente heterogêneo com hipossinal periférico, notadamente na sequência gradiente eco, nesta topografia.

Não mais observamos as coleções extra-axiais subdurais, evidenciadas na ressonância anterior.

Identificamos pequenos focos com hipersinal em T2 e FLAIR em ambos os hemisférios cerebrais notadamente periventriculares, bem como nos centros semiovais, com alguns focos subcorticais, sem efeito de massa ou restrição à difusão.

Na sequência difusão não há sinais de isquemias agudas.

Persiste alteração de sinal na região occipital esquerda caracterizada por hipossinal em T1 e na sequência FLAIR bem como hipersinal em T2, já descrita no estudo anterior.

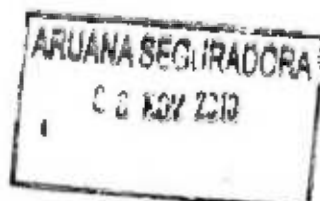
Fossa posterior sem alterações apreciáveis.

Sinal de fluxo normal ("flow void") dos vasos que constituem os sistemas carotídeos e vértebro-basilar.

Nota-se material com hipersinal em T2 ocupando algumas células etmoidais e nas mastóides.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1- Dilatação assimétrica do sistema ventricular supratentorial.
- 2- Achados acima descritos comprometendo a região temporal direita relacionadas ao trauma prévio.
- 3- Alteração de sinal na região occipital esquerda de natureza sequelar.
- 4- Diminutos focos hiperintensos em ambos os hemisférios cerebrais de natureza inespecífica ao método podendo estar relacionados a alterações isquêmicas/gliose
- 5- Sinais de sinusopatia inflamatória etmoidal e material supracitado nas mastóides também de



758

