



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 850232
Nome: Paula Nere da Silva
Foi atendido às 22 hs. do dia 20/03/17

Diagnóstico Provável: Hipertensão Arterial
Doença crônica em estágio avançado
com hipertensão

Tratamento Realizado: Medicamento
com hipertensão
em estágio avançado

Observação: Doença crônica
em estágio avançado
com hipertensão

Cópia de: Dr. Natália Siqueira
Endocrinologista
Residente HUOC/FOF/UFPE
CRM-PE 11328
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 850232
Nome: Paula Nere da Silva
Foi atendido às 14 hs. do dia 20/03/17

Diagnóstico Provável: Doença crônica
em estágio avançado

Tratamento Realizado: Medicamento

Observação: Doença crônica

Cópia de: Dr. Natália Siqueira
Endocrinologista
Residente HUOC/FOF/UFPE
CRM-PE 11328
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Documentação médica - hospitalar



2-0-DEZ-2017

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 850232

Nome: PEDRO JOSÉ DA SILVA

Foi atendido às 22 hs. do dia 20/08/17

Diagnóstico Provável: HIST. DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM FRATURA CRU
(E) E MAXILA (E)

Tratamento Realizado: 1 - 1 ACTA BMF
2 - 2 ACOMP. AMBULATORIAL
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
QUIRÚRGICO EM OUTRO SERVIÇO.

Observação: COMPARECER AO HOSP. OSWALDO
CRUZ, AMBULATÓRIO GERAL, SALA 115
DO Q14, DIA 21/08/17

Cópia de:

Dra. Natália Siqueira

~~Clínica e Traumatologia~~

~~Buco-Maxilo-Facial~~

Residente HUOC/FOP/UE

Médico CRM Nº 11328

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

HGA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Geral de Areias
FICHA DE ATENDIMENTO

HGA

Número do Registro: 2017/EB000179 Data e Hora de Atendimento: 31/08/2017 09:56 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrega: Emergência de BUCO-MAXILO

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 681142 PEDRO JOSE DA SILVA
Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Estado Civil: Não informado Profissão: HOSPITAL DA FACE
Documento de Identidade: Filiação: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA DO CARAPICHO Nº 53 ZONA RURAL CIDIANA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: Reg: RICELLE 31/08/2017 10:02:00 Esp: RICELLE 31/08/2017 10:03:03
Acompanhante:
Ocorrência: ENCAMINHAMENTO - PROCEDIMENTOS - Outros: Encaminhamentos para Adquirente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

HGA
Pront Same: 681142
Pront Int: 0
681142 PEDRO JOSE DA SILVA

2017/EB000140
Senha:
SUS:

Enf: ENFERMARIA NASCU
Leito: 1

Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA
RUA DO CARAPICHO Nº 53 701204048841115

Fone: 989443200
PE 530000000

ZONA RURAL CIDIANA

Reg: RICELLE 31/08/2017 10:02:00 Esp: RICELLE 31/08/2017 10:03:03

Procedência: DOMICILIO Meio de Transporte: Outros

Atendimento Médico:

Data: 31/08/17 Hora: Médico: CRM:
Queixa Principal:
Paciente com dor no pescoço A-P-S-E Zigue

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Erótico: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: X mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Hora:
Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

E: Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1- Patologia Clínica:

Exames Solicitados: 2- Especializados:

Indicação dos Exames:

Cod. Procedimento

Tratamento: Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Outros: ☐

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Fatores de risco metabólicos e nutricionais

Definição do Caso:

Condição de Alta:

Internamento: ☐ Cirurgia ☐ Outros: ☐ Alta Médica ☐ Evolução ☐

☐ Curado

☐ Melhorado

Transferência para:

☐ Instaurado

☐ Piorado

Alta Médica:

☐ Óbito

Alta Médica do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social

Confirmação do Endereço:

Assist. Social

Procedimentos:

Alta ☒

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externos ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

Termo de Responsabilidade para Alta:

- Estou ciente das normas exigidas para a realização de procedimentos, inclusive transfusões e sem os exames necessários para a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames necessários para a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos.

Data:

Nome completo legível:

No. da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta Médica:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, sem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

No. da Identidade:

Assinatura:

Gerado em: 31/05/2017 09:59:33

31/05/2017 09:59:33 BRUNO

HGA
Pront Same: 681142
Pront Iht: 0
681142 PEDRO JOSE DA SILVA

2017/BM000140

Senha:

SUS:

Ent: ENFERMARIA MASCL
Leito: 1

HOSPITAL DA FACE
Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49
Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA

LAUDO PA

Resop:
RUA 50 CARAPICHO Nº 53 701204048841115
ZONA RURAL
Reg: RICELLE 31/08/2017 10:02:00 Esp: RICELLE 31/08/2017 10:03:06

Fone: 989443200
PE 530006000

Unidade de Saúde: HOSPITAL GERAL I

Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

Nome da Mãe:

Endereço:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTORIA CLÍNICA:

paciente com história de fraturas por acidente automobilístico

EXAME FÍSICO:

paciente em boas condições gerais, sem sinais de infecção ou de outras doenças

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:

fratura de C7C6

DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fratura do 7º vértebra cervical* CÓDIGO: *S62.4*

PROCEDIMENTO SOLICITADO: *artroscopia de fratura do complexo C7*

CARATER DA INTERNAÇÃO: *GLTM*

DATA: *31/08/17*

DATA: *1/1*

Dr. Mateus G. Cavalcante
Cirurgião e Anestesiologista
Banco de Dados do SUS
Regional de Pernambuco
CRO/PE 11930

HGA/HOSP. DA FACE
Prof. Dr. Antônio F. Caubi
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRO: 2098

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante da Internação

Carimbo e Assinatura do Médico Autorizador da Internação

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

NOME DA UNIDADE:

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante da Internação

Data de Encaminhamento

IMPRESSO NA GRAFICA DO H.G.A.



VERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS

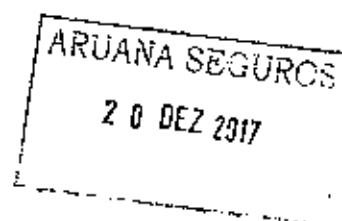
DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que estamos entregando cópia xerox da
ficha de atendimento médico do paciente Pedro Jose da Silva sob o
nº2017/EB000179 no dia 31/08/2017.

Recife, 20 de Outubro de 2017.

Hospital Geral de Areias
Ana Rosa de Andrade Lima
Gerente de Contas Médicas - SAME
ANA ROSA DE ANDRADE LIMA

GERENTE DO SAME



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

HGA 2017/BM000140

Pront Same: 681142

Senha:

Pront Int: 0

SUS:

681142 PEDRO JOSE DA SILVA

HOSPITAL DA FACE

Enf: ENFERMARIA MASCL

Leito: 1

SECRET

Nascimento: 07/11/1967 Idade: 49

Mãe: SEBASTIANA GERALDO DA SILVA

Acamp:

RUA DO CARAPICHE N/ 55 701204043341115

Fone: 989443200

ZONA RURAL

EDIANH

PE 530000000

SU
LAUDO PA

Reg: RIGELLE 31/08/2017 10:02:00

Iap: RIGELLE 31/08/2017 10:03:06

NOME:

Nº PRONTUÁRIO:

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

CONDIÇÃO: () SEGURADO () CONJUGUE () FILHO ()

OUTROS

NOME DO SEGURADO:

C.P.F. DO MÉDICO SOLICITANTE:

C.P.F. DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO
() APOSENTADO () NÃO SEGURADO () AUTÔNOMO

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fraturas do osso maxilar e mandibular CID: 502.4

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Cirurgia de fraturas do maxilar e mandibular CÓDIGO: 01.09.03.052

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS: () MUDANÇA DE PROCEDIMENTO () DIÁRIA DE UTI
() DIÁRIA DE ACOMPANHANTE () VACINA ANTI RH
(X) USO DE PROTESE ORTESE () USO DE OXIGENADORES
() USO DE FATORES E COAGULAÇÃO () NUTRIÇÃO PARENTERAL

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

1 Placa de titânio sistema 2.0mm
+ 6 minas parafusos de titânio
2 Placas de titânio sistema 1.5mm
+ 10 minas parafusos
Total de placas 3RESUMO DA INTERNAÇÃO: Doente com fraturas do maxilar e mandibular
com perda da respo A-P e deslocamento
obstrução lingualHGA/HOSP. DA FACE
Prof. Dr. Antônio E. Caubi
Cf. Beto Maria Pacat
CRQ: 2896

ARIANA SEGUROS:

20 DEZ 2017

DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO: Fraturas do osso maxilar e mandibular CÓDIGO: 502.4

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

CÓDIGO:

MOTIVO DA ALTA: melhora da dor

DATA DA INTERNAÇÃO: 31/08/17 DATA DA ALTA: 01/09/17 DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO: 02

ESPECIFICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS

Exames realizados:
 Hemograma completo
 Ureia e creatinina
 CDO profilático

ARUANA SEGUROS
 20 DEZ 2017

Doença

Pneumonia dos apêndices

OUTROS PROCEDIMENTOS

E.C. E + Riolagem

DATA:

15/09/2017

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL
 DR. JOSÉ DA FACE
 Cir. Bucal
 CRO 2096

DATA: 15/09/2017

ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA
 DR. ANTONIO MATEUS
 Coordenador de Endodontia
 MBO 1024-01
 CRO-PE - 8573
 Hospital Geral de Aracaju

IMPRESSO NA GRAFICA DO H.G.A.



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

AV. RECIFE, 801 - AREIAS - RECIFE - TELE.: 31823000

RECEITUÁRIO

P/ PEDRO JOSÉ DA SILVA

Paciente com histórico de
acidente motociclístico evoluindo
com fratura de ossos do complexo
zigomático-orbitário esquerdo.

O mesmo foi submetido a
cirurgia para fixação interna
rígida dos sequestros neste
estabelecimento no dia 24/08/17
e continua em acompanhamento
pós-operatório pela equipe de Cir.
Bucodentofacial.

32/08/17

Dr. Virgílio Ferraz
Cirurgia Bucodentofacial
CRO-PE 11.735

DATA

ASS.: MÉDICO - C.R.M.
ODONTÓLOGO - C.R.O

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

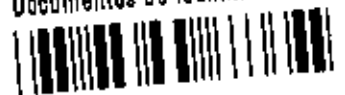
08 R 23

MOLECAN EXPRESSO

Pedro José da Silva




Documentos de Identificação



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

612.310.104-87

Nome

PEDRO JOSÉ DA SILVA

Nascimento

07/11/1967



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6.186.739

13/04/2011

Nome

PEDRO JOSÉ DA SILVA

Fluência

JOSE OLEGARIO DA SILVA

SEBASTIANA GERALDO DA SILVA

NATURALIDADE

GOIANA - PE

DOC. ORIGEM

CN.9009 L.16 F.170V CART.2ºDIST.

GOIANA-PE 23.09.1992

DATA DE NASCIMENTO

07/11/1967

CPF

612.310.104-87

F-43 64.707 - 4422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 LUIZ GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

DOC. CONTRAC. / CPM. CONTRAC. / U.F.
 8317116 SD6 PE

CPF
 093.582.334-65

DATA DE NASCIMENTO
 01/11/1991

FUNÇÃO
 MARCON ABRAH ALBUQUERQUE
 DE DE CARVALHO
 ROBERTA ALBUQUERQUE
 MANGABEIRA ALBUQUERQUE

PLACADO
 0490123M220

VALOR
 09/01/2020

VALIDADEZ
 16/01/2010

Observações
 sem observações

Assinatura do titular

LOCAL
 PAULISTA - PE

DATA DE EMISSÃO
 11/01/2010

Assinatura do emissor

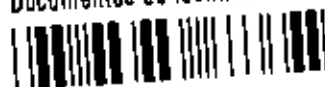
16440965200
 98064110453

ADITRAN - PE-IPERHAMBUCO1

NÚMERO EM TUDO
 1019700386

PROVIDA PLASTIFICAR
 1019700386

Documentos de identificação



20 DEZ 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012714099338
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÓD. RENAVAM 491535970 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2016

NOME
LEONARDO DOMINGOS DE ALEQUERQUE
GOIANA-PE

CPF / CNPJ 044.931.704-84 PLACA PFW5551

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2JC4110DR751474

ESPECÍFICO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CIL. 2P / 124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2016 QUITADO VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
FAIXA IPVA. 1 PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IOP (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

GOIANA DATA 13/04/16

Charles Andrews Spessa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DUT



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

MAPA QUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

OS DADOS BANCÁRIOS, TANTO COMO A CÓPIA DO FOLHETO DE CHEQUE QUE O CLIENTE ENTREGOU, SÃO CONSERVADOS EM SEU ARQUIVO DE FOLHETOS E CHEQUES DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONSERVEM

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

DOCUMENTOS BASICOS - DAN45

1. CERTIFICADO DE CASAMENTO E EXCEDEDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
1. CERTIFICAÇÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
1. CTR DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
1. RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SUSTIDAS EM DEPENDÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
1. COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) US DESPESAS MÉDICAS HOSPIITALARES, QUITADAS
1. NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE PARABOLAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
1. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

1. CARTEIRA DE IDENTIDADE, DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CONTINÚO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
2. CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
3. 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 VITÍMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MODRTE € 115 i 3.500,00

VALORES DE IDENTIFICAÇÃO

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGUNDO 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, PODEM SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

GRATIS S&C PRIVAT 0800 072 1384
www.privatseguroddirangsno.com.br ou ligue

POSTACH DA DOCTUGEN? AÇÜ [NT&GUE

2017

8.317-1185 9C

RESERVA VILLARDO-RECEBIENDO A LOS SEÑORES
ARIANA SEÑORES

ARUANA SECURITIES

AG-24 DEZ 2004/2005

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001455 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001455 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS

Descrição do exame médico pericial: Sem sequela permanente

Resultados terapêuticos: VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARUFUSOS APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. SEM LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OU PREJUÍZO AO PATRIMÔNIO FÍSICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/01/2018

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELAS DE LESÕES CRANEO FACIAIS.

OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

CRM do médico: 18568

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

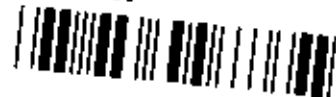
Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Pedro Jose da Silva
Identidade: 6.186.739 CPF: 612.310.104-87 Estado Civil: solteiro
Profissão: carreiro End: Rua Carrapicho, 16, Vila Carrapicho, Goiana

Outorgado: Leila Guilherme margabeira de barvalho
Identidade: 8.317.118 CPF: 063.562.324-65 Estado Civil: casado
Profissão: Aux. administrativa End: Rua Duque de Caxias, 110 D, Centro, Goiana

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Pedro Jose da Silva

Identidade: 6.186.739 CPF: 612.310.104-98

CARTÓRIO
CARLOS TORRES

Goiana 14 de dezembro de 2017.

2 Mo Ppe ab S Silva



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BORRAL, Nº 83, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (081) 3628-0318 - email: cartorio@goiana.pe.gov.br - CNPJ: 11.469.806/0001-90

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: PEDRO JOSE DA SILVA, do: fe. Goiana/PE 14/12/2017 09:48:24 Empl:3,49; TSNR:0,78; FERC:0,39; TOTAL: 4,86. OP.:112 Selo digital nº 0073585.JAN12201701.00003.
CARLOS G/ G. TORRES TABELIAO Consilite autenticidade em "www.tpe.jus.br/verodigital"



ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: PEDRO JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180001455

Vitima: PEDRO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180001455**.

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 12154927



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro: 3180001455

Vítima: PEDRO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180001455** 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, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180001455

Vitima: PEDRO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180001455**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/08/2017**. 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



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

Sinistro: **3180001455 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO JOSE DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CARRAPICHO nº 16 - VILA CARRAPICHO - GOIANA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6186739 - SSP**
Data local do exame: **12/01/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ZIGOMATICO E DA MAXILA ESQUERDOS COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. SEM LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OU PREJUÍZO AO PATRIMÔNIO FÍSICO.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. 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(*).

☐ Vitima em tratamento

☒ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

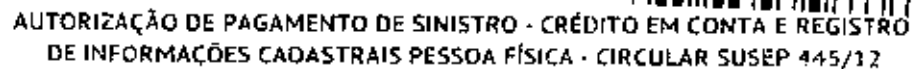
PE - RECIFE, 12/01/2018

Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE



Dr. Thiago Pedro de A. Alves
MÉDICO
CRM 18568

Assinatura do perito Examinador - CRM

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

É obrigatório Representante Legal para:

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").

Higiene completa de vidros

Pedro Jose da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Reason
Complement

Estado
PE

•

Telephone 43000

(81) 3011-3224

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

RS - 100,000 and RS 5,000,000

ACIMAN ET AL. POLYIMIDES

CONTA CORRENTE (todas las cuentas corrientes)

BANCO

Figure 4

AGENC
-ARC

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.

Goiânia/PE, 14 de Dezembro de 2013.

20 DEZ 2017

* P.L.M. P.R. ob 5 iul.

Camilla L. Ayscatter de Benencia et al.

Campe 2 Assinatura do Representante Legal

24/07/2017 10:24:00
136112237 DANIEL DO BRAGA 0023

GRUPO DE POUPANÇA

CLIENTE: PEDRO JOSE DA SILVA
AGÊNCIA: 0220 R CONTAS: 510.021.517 0

DATA 24/07/2017
NR. DOCUMENTO 136.100
VALOR TOTAL

NR. AUTENTICAÇÃO 0.349.488.480.112.454
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTR- OUTRAS INFORMAÇÕES.

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0134003999**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/12/2017** às
12:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/8/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CURTUME, 1, PE-040 - Bairro: CENTRO -**
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
PEDRO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

PEDRO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA
GERALDO DA SILVA Pai: JOSÉ OLEGÁRIO DA SILVA Data de Nascimento: 7/11/1967
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0180789/908/PE (RG),**
61231010487 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **JARDINEIRO(A)** Telefones Celulares:
- **04250028**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 51, SÍTIO CARRAPICHO. - CEP: 0 .**
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -

LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Boletim de ocorrência



13/12/2017, 12:13

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO DOMINGOS DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PEDRO JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFW0001** (PERNAMBUCO/GOIANA) Chassi: **5C2JC4110DR731474**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**
Descrição: **MOTO CG 125 FAM.**

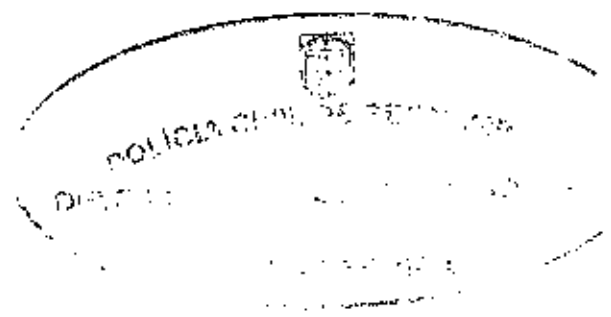
Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, TRAFEGAVA NA MOTO EM QUESTÃO, NA QUALIDADE DE CONDUTOR, PELA PR-040, E QUANDO PRESSO A CURVA QUE DÁ ACESSO À BR-101, SENTIDO RECIFE, PERDEU O TEMPO DA REFERIDA CURVA, FOI ENTÃO QUE A MOTO ESCORREGOU E A VÍTIMA CAIU SOBRE O SOLO, FICANDO LESIONADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PELO QUE CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Pedro José da Silva
PEDRO JOSÉ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL PEREIRA VICENTE** - Matrícula: **101470-0**



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

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 Pedro José da Silva CPF da Vítima 612.310.104 - 87 Data do Acidente 31/08/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email mariaemoriapendenciar@outlook.com Telefone (DDD) (81) 3011 - 3224

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.

Declaração de Inexistência de IML



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.

Goiânia - PE, 14 de Dezembro de 2017
Local e Data

ARUANA SEGUROS
20 DEZ 2017

Pedro José da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo Pedro Jose da Silva ao requerimento do Sr. (a):

RG: 0.186.739 CPF: 012.310.104-87, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 307284 do dia 19 de Agosto de 2017, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA por volta das 15 horas e 20 minutos, vítima de

Queda de Moto. A Ocorrência aconteceu no (a) PE-45, onde após os cuidados, a vítima foi

removida para Hospital do Pantanillo.

Flávia Virginia Borges da Silva
CPF: 031.024.284-38

Coordenação de Enfermagem

Comprovação de ato declaratório

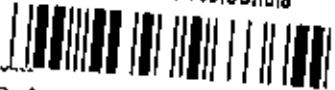


Goiana, 11 de Setembro de 20 17

ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017

Comprovante de residência



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, em 2002.
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50050-000
 CNPJ 10.633.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

CONSUMO ELÉTRICO
 MELÍCIO DA COSTA LEITE NETO

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA: RUA DO DE CAXIAS 170 D

CPF: 214.838.474-49

CENTRO GOIÂNIA
 GOIÂNIA, PE
 53800-000

CLASSIFICAÇÃO
 B3 COMERCIAL
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
 Tráfego

CONTA CONTRATO: 2431353019
 MÊS/ANO: 11/2017
 DATA DE VENCIMENTO: 20/11/2017
 DATA DE PAGAMENTO: 09/12/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$): 338,46

Nº DA NOTA FISCAL: 00023306
 SÉRIE: UMCA
 EMISSÃO: 07/11/2017
 APRESENTAÇÃO: 07/11/2017
 Nº DO CLIENTE: 2001321578
 Nº DA INSTALAÇÃO: 4789431

Consumo Elétrico (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Aplicação Bandeira VERMELHA	254,000000	0,00158348	35,17
Contribuição Remuneração PLD Ats			20,11
Multa por atraso - NF 000261821 - 05/09/17			48,78
Juros por atraso - NF 000261821 - 05/09/17			5,92
Aquisição ASPM - NF 000261821 - 05/09/17			2,88
Doação APAE - 0900 722 2723			1,25
			10,00

TOTAL DA FATURA

338,46

Nº DO MÊS/ANO	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/10/2017	Cal	01-10-2017	48 21440		01-11-2017	48 62000		31	1.00000		201.00

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO
NOV-17	394	35,17	31,07%
OUT-17	384	34,17	29,87%
SET-17	416	37,35	33,41%
AUG-17	315	28,34	25,41%
JUL-17	420	37,35	33,41%
JUN-17	450	40,53	36,52%
MAY-17	419	37,35	33,41%
ABR-17	455	40,53	36,52%
FEV-17	518	46,61	41,84%
JAN-17	495	44,53	40,01%
DEZ-16	494	44,53	40,01%
NOV-16	486	43,81	39,31%

Na data de fatura apresentada em vigor é a Vermelha. Para informações sobre o sistema de tarifas de energia elétrica consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco. Para a aplicação da tarifa de energia elétrica consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco. Para a aplicação da tarifa de energia elétrica consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI DÉBITOS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor

DOBRAMENTO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DOBRAMENTO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR

CONTA CONTRATO: 2431353019
 MÊS/ANO: 11/2017
 DATA DE VENCIMENTO: 20/11/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$): 338,46

83890000003-0-38460011002-8 43135301910-6 11208457453-4



ARUANA SEGUROS
 20 DEZ 2017

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 6221204 ou 0800 0171234 (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 a 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 sanções administrativas, receber, analisar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme Mamede da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Jose da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 632.310.304 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da vítima
Pedro Jose da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Declaração Circular SUSEP 445/12



☒ 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: Rua Duque de Caxias Número 170 Complemento D
Bairro Centro Cidade Goiana Estado PE CEP 55900-000
E-mail marcelomedeira@adl.com Telefone comercial (DDD) (81) 9.7808-6287 Telefone celular (DDD) (81) 3011-3224

Goiana 14 de Dezembro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARJANA SEGUROS
20 DEZ 2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leonardo Domingos de Albuquerque
RG nº 6924422, data de expedição 08/10/2001
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 044.931.704-84, com
domicílio na cidade de Goiana, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Carapicho, nº 39,
complemento zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Pedro Jose da Silva cujo o condutor era
Pedro Jose da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: CG 125 TAN RS
Ano: 2012/2013
Placa: PFW-5551
Chassi: 9C2JE41100R751474
Data do Acidente: 34.08.2014
Local e Data: Goiana/PE, 26/09/2017

CARTÓRIO
Carlos Torres

Leonardo Domingos de Albuquerque
Assinatura do Declarante

Declaração do proprietário do veículo



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ET 1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BORBA, Nº 03, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 3426-0212, CARTÃO VERDE: 0800-040000, E-MAIL: cnpj@1012.com.br, CNPJ: 14.884.040/0001-80
Reconheço, Por Autenticidade a firma de: LEONARDO DOMINGOS DE
ALBUQUERQUE, dou fé. Goiana/PE, 26/09/2017 10:44:47 Emol: 3,49:
TSNR: 0,78; FERC: 0,39; TOTAL: 4,27. CP: 1112 Selo digital nº
0073585.ED809201701.01012. CARLOS G. G.
TORRES TABELADO Consulte autenticidade em
"www.tipe.jus.br/selodigital"



ARUANA SEGUROS

20 DEZ 2017