



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOSRG nº 9.349.012, data de expedição 19/10/2011 Órgão SPS PE

CPF nº 113.746.144-41, 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>PIRAÇA SÃO N. BARROS</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CARMO</u>
Cidade	<u>SÃO JOSÉ DO BELMONTE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56950-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9.9629-2165 / (87) 9.9997-2212</u>
E-mail	<u>(87) 9.9134-7441</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: S.J. DO BELMONTE 06/02/2017Assinatura do Declarante: José Paulo Ferreira dos Santos

ARQUIVADO
07 MAR 2017



Comércio e Serviços de ~~Peças~~
Av. João da Barros, 111, Ribeirão Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50160-000
CNPJ: 10.835.032/0103 | Insc. Est. 0505941-88 | www.caspelezioli.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA ELIENIRA FERREIRA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
C/ RUA JOSE DE ALMEIDA, 10

IP#: 029 289.024-EN NIS :6090545496

CORPO - REGIAO RURAL/CARMO
SAO JOSE DO BELMUNTE PE
58950-000

CLASSIFICAÇÃO
E1 RESIDENCIAL:
BANKA FENDA COM NIS
MENORISER

WARRANTY FISCAL	SCHE	EMISSAO
003750133	UNICA	20/12/2016

ADDITIONAL PAGE	NO OF COPIES	DATE INB B/L AGED
28/12/2010	30/10/2010	3577282

CÓDIGO CONTRATO	MÉTODO
7003483686	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA/ULTIMA
03/01/2017	24/01/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	25,55

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	10,00000000	0,18000000	4,98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	88,00000000	0,21950000	19,28
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,16
Contribuição Iluminação PVA's			3,37

TOTAL DEFERENCE

75.56

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA Função	ANTENA	DATA	LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
02204	1 A		24/11/2012	4717,00	24.10.2012	4810,00	32	1.000,00		25,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/ano	km	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		%	
DEZ 12	23				GERAL - 10 km fixados	11,74	52,3
NOV 14	10				Ex - 10 km fixados	0,41	1,8
OUT 18	24				Subsidio do COTIP	0,78	3,5
SET 16	87	22,29	3,56	0,21	Em viagem - 10 km fixados	2,80	12,7
AGO 18	88	22,29	3,48	0,29	Taxi/ônibus	1,70	7,6
JUL 16	134				Total	20,93	100
JUN 16	28						
MAR 12	87						
FEB 16	108						
MAR 16	144						
FEB 16	138						
JAN 16	155						

TARIFFAS APLICADAS
- 10 km fixados
- 10 km fixados - 10 km fixados - 10 km fixados

4502 2111, 4528 0000, 0915 8731 2001 0915

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

DURACAO = FREQUENCIA DAS INTERUPCOES				
	VALOR	UNITS	UNITS	LIMIT

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)

ARJANA SEGUROS
07 MAR 2017



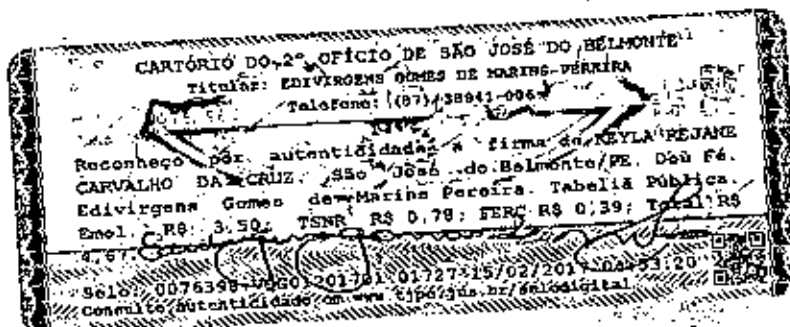
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, KEYLA REJANE CARVALHO DA CRUZ,
 RG nº 5956613, data de expedição 25/11/2015,
 Órgão SSP, portador do CPF nº 293.023.308-77, com
 domicílio na cidade de SÃO JOSÉ DO BELMONTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PC SÃO N. BABROS, nº 19,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima JOSÉ PAULO F. DOS SANTOS, cujo o condutor era
O MESMO.

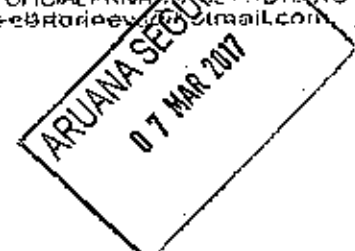
Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES
 Ano: 2014
 Placa: 01X8463
 Chassi: 9C2KDD550ER105562
 Data do Acidente: 01/01/2017
 Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 06/02/2017

Keyla Rejane Carvalho da Cruz
 Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 Rua José Alves de Carvalho, 32
 Tel: 3884-1006 / São José do Belmonte - PE
 Edivirgens Gomes de Moraes Pereira
 TABELIA E OFICIAL PRIVATIZADA PROTEÇÃO
 E-mail: edivirgens@arjuna.com.br





UNIDADE MISTA AUTA MAGALHAES
SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR - VER 01.025
CONSULTA AMBULATORIAL

DATA: 03/01/2017

HORA: 09:27:44

PÁGINA: 001

Paciente: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Endereço: PRAÇA JOAO NUNES DE BARROS 19

Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE

Nascimento: 01/03/1995

ETNIA:

Cart. SUS: 700908915112098

Mãe: MARIA ALTANIRA FERREIRA.

Prontuário: 00029589

Bairro: CARMO

Cep: 56950000

Idade: 21 Anos, 10 Meses

Est.Civil:

Profissão:

Pai: CICERO JOSE DOS SANTOS

Atendimento Atual: 000002

Nº de Registro: 00115530 03/01/2017

Médico: JOSE MARCONDES NEILSON FILHO

Procedimento:

Convênio: SUS INTERNACAO

Unidade: SUS INTERNACAO

Plano:

Nº Carteira:

Atendente: IVANYLDO

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

Exame físico normal, sem alterações. Traqueia livre, sem roncos ou sibilos. Ausculta cardíaca normal. Sem alterações.

PESO	ESTATURA	PC	CM
ALIMENTO SO NO PEITO () SIM () NAO	ALIMENTACAO ADEQUADA () SIM () NAO		
EXAME FISICO NORMAL () SIM () NAO	EXAME FISICO MOTOR NORMAL () SIM () NAO		
ESTADO VACINAL ATUALIZADO () SIM () NAO	EXAME FISICO MOTOR NORMAL () SIM () NAO		

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FÍSICO, ETC

Ortopedista

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

COD. PROC. SUS:

ENCAMAMENTO:

Retornar em:

1- () ALTA 2- () INTERNAMENTO

3- () OUTRO PROFISSIONAL QUAL:

4- () Continuação de Tratamento neste Ambulatório

5- () INTERNAMENTO QUAL:

Dr. Tassio Barros

Médico

CRM/PE 24725

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2017



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

5 - NÚMERO DO DOCUMENTO

6 - NOME ATEND

RG 9349042 S05 PE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - SUS PRENATAL

9 - SERVA/REGULAÇÃO

10 - Nº DO PRONTUÁRIO

700 910 89 15 13 20 88

36641

11 - NOME DO PACIENTE

12 - DATA DE NASCIMENTO

13 - SEXO

Geni Paulo Ferreira dos Santos

01/03/1995

Masc. ☒ Fem. ☐

14 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

15 - DDD

16 - TELEFONE DE CONTATO

Maria Altamira Ferreira dos Santos

87

9112-1111

17 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Praca São N. Barros 1219, Carrión

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Palmente

19 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO

20 - UF

21 - CEP

PE 569 50000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Transtorno de ansiedade

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

K

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

25 - CID 10 PRINCIPAL

F50.10

26 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - COD. DO PROCEDIMENTO

Transtorno de ansiedade

31 - TÉCNICA

32 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

33 - DOCUMENTO

34 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

35 - ASS. F. CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

37 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR RESPONSÁVEL)

01/01/17

ARUANA SEGUNDO
07 MAR 2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

38 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40 - Nº DO DOCUMENTO

41 - Nº DO DOCUMENTO

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

43 - Nº DO DOCUMENTO

44 - Nº DO DOCUMENTO

45 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

46 - Nº DO DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

50 - Nº DO DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO

52 - Nº DO DOCUMENTO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DISSEMPREGADO () APRESENTADO () NÃO SECURADO

AUTORIZAÇÃO

53 - Nº DO DOCUMENTO AUTORIZADO

54 - Nº DO DOCUMENTO

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

56 - DOCUMENTO

57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - Nº DO DOCUMENTO

59 - MOTIVO DA ALTA

60 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

61 - Nº DO DOCUMENTO

62 - Nº DO DOCUMENTO

Cirurgia Realizada:

R4 f R4 R4

N.º do Procedimento:

data:

11/01/17

Início:

Término:

Cirurgião:

[Signature]

1.º Auxiliar:

2.º Auxiliar:

Anestesista:

[Signature]

[Signature]

[Signature]

O paciente (feminino) de 45 anos, com

história de hipertensão

em tratamento com

[Signature]
Cirurgião
[Signature]

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2017



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA AUTA MAGALHÃES

RECEITUÁRIO MÉDICO

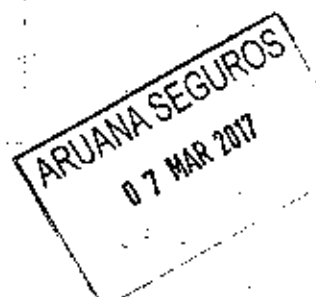
PARA: José Paulo F. dos Santos

do ortopedista

HD: Fratura em M1 e por trauma
certura por queda de
moto

31/1/2017

T. Tassio Barros
Médico
CRM-PE 24725



RECEIVED
JAN 10 1968
FBI - NEW YORK



HOSPITAL
SÃO FRANCISCO

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 AABR - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 47.095.563/0007-98 email: csi184@hotmail.com

CLÍNICA

Número do Registro: 3664A

Data: 11/03/17

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Paulo Jussara dos Santos

Idade: 21 anos Sexo: masculino Cor: Parda Estado Civil: Solteiro

Profissão: Aquicultor Naturalidade: São José do Belmonte Nacionalidade: Brasileira

Endereço: Rua: Rua José P. Santos Nº: Bairro: C. M. C.

Idade: São José do Belmonte Estado: PE Fone: 3412-3412

Filiação: Pai: Jussara dos Santos Mãe: Jussara dos Santos

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Tram em RA e RM

Hipótese Diagnóstica: RA de RM

Exames Solicitados: RZ

Condições de Alta

Motivo de Alta

ARUANA SEGUROS
07 MAR 2017



DATA: 03/01/2017
HORA: 09:17
PÁGINA: 1

UNIDADE MISTA AUTA MACALHAES
SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR - VER 01.025
CONSULTA AMBULATORIAL

Paciente: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: RUA JOAO NUNES DE BARROS 19
Cidade: SAO JOSE DE BELMONTE
Data de Nascimento: 01/03/1995
CPF: 700908915112028
Mãe: MARIA ALTANIRA FERREIRA.

Prontuário: 0002258
Bairro: CARMO
Cep: 56950000
Idade: 21 Anos, 10 Mes.
Est. Civil:
Profissão:
Pai: CÍCERO JOSE DOS SANTOS

Atendimento Atual: 000002

Nº de Registro: 00115530 03/01/2017

Médico: JOSE MARCONDES NEILSON FILHO
Procedimento: CONSULTA
Local: SUS INTERNACAO
Unidade: SUS INTERNACAO
Módulo:
Nº de Carteira:

Atendente: IVANILDO

DADOS DESTA ATENDIMENTO:

Exame físico e motor normal. Não há alterações.

PESO	9	ESTATURA
ALIMENTADO SO NO PEITO	() SIM () NAO	
EXAME FISICO NORMAL	() SIM () NAO	
EXAME VACINAL ATUALIZADO	() SIM () NAO	

CM	PC
ALIMENTACAO ADEQUADA	() SIM () NAO
EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO
EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FÍSICO, ETC

Intelectual

EXAMES SOLICITADOS E CONDUZA:

ARUANA SEGUROS

08 SET 2017

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

COD. PROC. SUS:

CID:

ENCAMENAMENTO:

Retornar em: / /

1-1 ALTA 2-1 INTERNAÇÃO

3-1 OUTRO PROFISSIONAL QUAL:

4-1 Continuação de Tratamento neste Ambulatório

5-1 INTERNAÇÃO QUAL:

Dr. Tassio Barros
Médico

CRM-PE 24725

Assinatura Médico e/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)

3170135530

Documentação médico - hospitalar



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00029589 Data: 01/01/2017 Hora: 18:30
 Nome: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
 Idade: 22 Anos, 8 Meses Data Nascimento: 01/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Mãe: MARIA ALTANIRA FERREIRA Pai: CICERO JOSE DOS SANTOS
 Cartão SUS: 700908915112098 RG:
 Logradouro: PRAÇA JOAO NUNES DE BARROS Nº 19 Bairro: CARMO
 Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
 Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:
 T_{ax}: [] °C FR: [] ipm FC: [] bpm HGT: [] mg/dl PA: [] X [] mmHg Peso: [] kg
 Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Queixa de muito dor de apresentou exame de Rx do MIB com fratura distal. Não apresenta sinais de TCE.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura em MIB

Conduta Terapêutica:

Ar ortopedista por radiop e conduta.

ARUANA SEGUROS

22 FEV 2018

Observação [] Internação [] Transferência [] Recusa Medicação [] Evadiu-se [] Alta [] Óbito []

Dr. []

CRAB-PE 21.25

Médico

Enfermeiro

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/ou Responsável



Dr. Tássio Barros

Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição

Emagrecimento
Longevidade
Performance
TRH
Modulação Hormonal
Endocrinologia Clínica
Controle de Diabetes
Distúrbios da Tireóide

José Paulo F. dos Santos

Do endocrinologista

#Trafego em MIB
Pós trauma

Dr. Tássio Barros
Médico
CRM-PE 44745

01.01.14



Espaço Saúde

Rua Joaquim Godoy, 366 - N. Sra da Penha - Serra Talhada/PE
87 3831.2057 | 87 9 9632.8035

ARUANA SEGUROS

22.FEV.2018



10:51:00 do dia 24/03/2014 (hora e data de Brasília)
 Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante emitido pela
 www.receita.fazenda.gov.br
 A autenticidade deste comprovante deverá
 ser confirmada na internet, no endereço

CÓDIGO DE CONTROLE
 5B8B.58A7.9E1E.69E1

FILIAÇÃO
 PAI CICERO JOSE DOS SANTOS
 MÃE MARIA ALTANIRA FERREIRA DOS SANTOS

DATA NASC. 01/03/1995 NATURALIDADE SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE

Dispensado do Serviço Militar inicial em 1º de janeiro de 2014
 Possuindo em município não tributário

Com/Ch ou Dir. RIBERTO PEREIRA DE FREITAS - 1º TEN
 Delegado de Serviço Militar da 12ª Del. Sv. Mil. 2ª CSM
 PROIBIDO PLASTIFICAR

MINISTÉRIO DA DEFESA
 CERTIFICADO DE DISPENSA
 DE INCORPORAÇÃO
 2ª CSM

Nº 435575 SÉRIE V
 RA 211392062603

NOME
 JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
 Emissão: São José do Belmonte, PE, 14/03/2014

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento
 01/03/1995

JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

113.746.114-41

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA

ARUANA SEGUROS
 07 MAR 2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
 9.349.012

DATA DE
 EMISSÃO 19/10/2011

NOME
 << JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS >>

PLACÃO
 << CÍCERO JOSÉ DOS SANTOS >>
 << MARIA ALTANIRA FERREIRA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE
 SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE

DATA DE NASCIMENTO
 01/03/1995

DOC. ORIGEM
 << CN.19762 LA18 F.201V CARTÃO >>
 JOSÉ DO BELMONTE-PE 04.04.1995 >>

CPF
 113.746.114-41

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PARA O EXERCÍCIO

10R-29

JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

01/03/1995

113.746.114-41

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS** Sinistro: **3170135530** Data: **01/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **PRAÇA JOAO N BARROS, 19 - CARMO - São José do Belmonte - PE - CEP 56950000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PE**] **9349012**

Data local do exame: [**08/03/2018**] **Brejo Santo** [**CE**]

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 maléolo fibular à esquerda. Vítima relata dores no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta limitação da amplitude ativa dos movimentos do tornozelo, dorso flexão de 0° a 8°, flexão plantar de 0° a 22°, eversão 0° 18°, inversão de 0° a 25° e edema ao deambular.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

Submetido a redução da fratura do maléolo fibular e fixação com placa de reconstrução de 3.5 mm + parafusos de 3.5 mm o mesmo refere fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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 (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (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):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.


Dr. Ricardo de Araujo Leite
CRM: 4507 - CE

Ricardo de Araujo Leite - CRM: 4507 - CE

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS,
cédula de identidade nº 9.349.012 e CPF nº 112.746.114-41, residente e domiciliado
na PLAÇA SOAO NUNES BARROS,
Bairro CARMO, Cidade S. JOELMONTE-PE, beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
04/01/2017, venho perante a Seguradora Líder, em resposta as exigências da apresentação da prova de
todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
documentos abaixo citados, ora exigidos.

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou
similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

Art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
jurídico pode ser provado mediante:
III - testemunha;

Atenciosamente,

S. JOELMONTE PE, 15 de MARÇO de 2017

Jose paulo Ferreira dos Santos
Declarante:

Test. 1: FRANCISCO PEDRO DA SILVA
CPF: 137.463.834-04

Test. 2: COME DE MATOS CAMPOS
CPF: 043.857.294-76

ARUANA SEGUROS
28 MAR 2017

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS.

Eu, JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS,
cédula de identidade nº. 9.349.012, e CPF nº 113.746.114-41, residente e domiciliado
na PRACA JOÃO NUNES BARROS,
Bairro CARMO, Cidade SSO BELMONTÉ PE beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
01/01/2017, venho perante a Seguradora Lider, em resposta as exigências da apresentação da prova de
todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
documentos abaixo citados, ora exigidos.

- a). Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b). Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c). Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou
similares, ou
- d). Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- e). Inquérito Policial, ou
- f). Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autom. ou
- g). Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Lider.

art. 212 Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
jurídico pode ser provado mediante:
III - testemunha

Atenciosamente

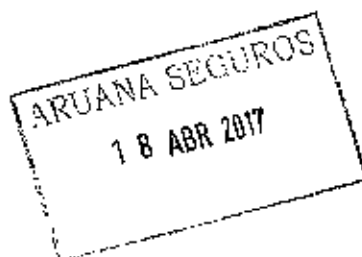
SSO BELMONTÉ PE, 11 de ABRIL de 2017

JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Declarante:

Test. 1: ALDENISE APARECIDA ALVES
CPF: 036.150.554-03

Test. 2: DOUGLAS PEREIRA SILVA
CPF: 432.291.838-78



UNIDADE MISTA AUTA MAGALHAES
SISTEMA DE RECEPCAO HOSPITALAR - VER 01.025
CONSULTA AMBULATORIAL

DATA: 03/01/2017
HORA: 09:27:44
PAGINA: 001

Presença: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: PRACA JOAO NUNES DE BARROS 19
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE
Nascimento: 01/03/1995
Pessoa: SUS: 700908915112092
Mãe: MARIA ALTANIRA FERREIRA.

Prontuário: 00029589
Bairro: CARMO
Cep: 56950000
Idade: 21 Anos, 10 Meses
Est.Civil:
Profissão:

Pai: CICERO JOSE DOS SANTOS

Atendimento Atual: 000002

Nº de Registro: 00175530 03/01/2017

Médico: JOSE MARCONDES NEILSON FILHO
Procedimento: CONSULTA

Convenio: SUS INTERNACAO
Unidade: SUS INTERNACAO

Atendente: IVANILDO

Nº Carteira:

DADOS DESTA ATENDIMENTO:

Apresenta quadro clínico de 2 semanas
de febre, tosse e M.E. trouxe Rx
para análise

PESO	g	ESTATURA	cm	PC	cm
ALIMENTO SO NO PEITO	() SIM () NAO	ALIMENTACAO ADEQUADA	() SIM () NAO		
EXAME FISICO NORMAL	() SIM () NAO	EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO		
ESTADO VACINAL ATUALIZADO	() SIM () NAO	EXAME FISICO MOTOR NORMAL	() SIM () NAO		

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FÍSICO, ETC

Integrista

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

COD. PROC. SUS:

CID:

ENCAMENAMENTO:

Retornar em:

1-1 (ALTA) 2-1 (INTERNO)

3-1 (OUTRO PROFISSIONAL) QUAL:

4-1 (Continuação de Tratamento neste Ambulatório) 5-1 (INTERNO) QUAL:

Dr. Tassio Barros

Médico

CRM-PE 24725

Assinatura Médica c/ Carimbo

Assinatura Paciente (responsável)

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2017

Outros



DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS,
cédula de identidade nº 9.349.012 e CPF nº 113.746.174-41, residente e domiciliado
na PRAÇA JOÃO NUNES BARROS
Bairro: CARMO, Cidade: SJ DOBELMONTE PE beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
01/01/2017, venho perante a Seguradora Líder, em resposta às exigências da apresentação da prova de
todas as providências legais, enumeradas no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum desses
documentos abaixo citados, ora exigidos:

- a) Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b) Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c) Atendimento e/ou Remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou Concessionárias de Vias Públicas ou
- d) similares, ou
- e) Remoção pela SAMU, Defesa Civil, ou
- f) Inquérito Policial, ou
- g) Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Autos, ou
- h) Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
abaixo, servindo como prova, conforme preceitua o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

art. 212. Salvo o negócio a que se impõe forma especial, o fato
jurídico pode ser provado mediante:
III - testemunha;

Atenciosamente,

SJ DOBELMONTE PE, 07 de JULHO de 2017

JOSE Paulo Ferreira dos Santos
Declarante:

Paulo dos Santos de Souza

Test. 1:

CPF: 265.997.008-45

Maria Vitoria de Sa

Test. 2:

CPF: 114.398.524-99



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170135530 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: CONTUSÃO. NÃO EXPLICITA TRAUMA SOFRIDO. DEPENDE DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: BAM NÃO CONCLUSIVO

Observações:

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: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170135530 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (quantificou) possíveis sequelas através dos exames anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170135530 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo fibular à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima relata dores no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta limitação da amplitude ativa dos movimentos do tornozelo, dorso flexão de 0° a 8°, flexão plantar de 0° a 22°, eversão 0° 18°, inversão de 0° a 25° e edema ao deambular.

Resultados terapêuticos: Submetido a redução da fratura do maléolo fibular e fixação com placa de reconstrução de 3.5 mm + parafusos de 3.5 mm o mesmo refere fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo de Araujo Leite

CRM do médico: 4507

UF do CRM do médico: CE

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

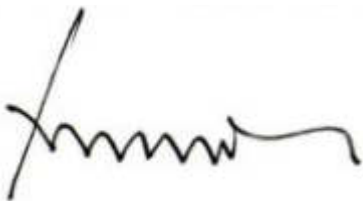
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10644130

A/C: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170135530 ASL-0091166/17
Vítima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS
Data Acidente: 01/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10648468

A/C: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170135530 ASL-0091166/17

Vitima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº: 10767772

A/C: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170135530 ASL-0091166/17

Vitima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2017

Carta nº: 10888700

A/C: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170135530 ASL-0091166/17

Vitima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta nº: 11644719

A/C: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170135530 ASL-0091166/17

Vítima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11718195

A/C: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170135530 ASL-0091166/17

Vitima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3170135530

Vítima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

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 3170135530** 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, 23 de Março de 2018

Carta nº: 12558711

A/C: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170135530
Vítima: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS
Data do Acidente: 01/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000981-4

Conta: 000010021677-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.349.012 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 19/10/2011 E
 CPF 111.374.614-41 (CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000), PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 4000,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE PAULO FERREIRA DOS S. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0981-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21.677-1

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.

S. J. DO BELMONTE 06 de FEVEREIRO de 2012

LOCAL E DATA

JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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 seqüelas 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.dpvat.segurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221704

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.349.012 EXPEDIDO POR SDS PE EM 19/10/2011 E

CPF 113746514-41 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0981-4 N° da CONTA (com dígito, se existir) 21.677-1

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.

SSOBELOMONTES de MARÇO de 2017
LOCAL E DATA

Jose Paulo Ferreira dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ARUANA SECUNDA
28 MAR 2017



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 0800-0721704.

Banco Postal

Deposito em Conta Poupanca

Agencia : 32300221-AC SAO JOSE DO BELMONTE
Terminal: 93240597 Id.Trx.: 73946
Mno Aut : 110919 Caixa : 85064149
Data : 16/03/2017 Hora : 11:03
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

5757805384

0100

SAC BB 0800 729 0722

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE P FERREIRA SANTOS

AGENCIA: 0381-4 CONTA: 21.677-1 VAR:51

DATA	16/03/2017
NR. DOCUMENTO	57.578.053.840.100
VALOR DINHEIRO	R\$ 2000
VALOR TOTAL	R\$ 2000

NR. AUTENTICACAO

A. C74.058.A61.61A.FFA

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

SA SEGUROS
28 MAR 2017

2 de 2



DOCUMENTO 1 *T196*



12

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE - DP17PCIRC DINTER2/21ª DESEC**

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 17E0268000086

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/02/2017 às
16:03**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 1/1/2017 às 18:30**

Fato(s) ocorrido(s) no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 61, PE
497, SÍTIO SIQUEIRA, ZONA RURAL. - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

XXXXXXXXXXXXX (AUTOR VAGANTE)
JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse da(s) Pessoa(s):
JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS

**DIREÇÃO DE VEÍCULOS SEM HABILITAÇÃO - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 1/1/2017 às 18:30**

Fato(s) ocorrido(s) no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 61, PE
497, SÍTIO SIQUEIRA, ZONA RURAL. - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR VAGANTE)
O ESTADO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse da(s) Pessoa(s):
JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS



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

**JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA ALTAMIRA FERREIRA DOS SANTOS Pai: CICERO JOSÉ DOS**

SANTOS Data de Nascimento: 1/3/1986 Residência: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL**, Documento: 0348912/3WS/PE (RG), 11374811441 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:

- 87891121118

Endereço Residência: **PRACA JOÃO NUNES DE BARROS, 13 - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO CARRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL, IGREJA CATÓLICA**

XXXXXXXXXXXXXXX (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Pai: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

O ESTADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Pai: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/MXR160 BROS** Objeto apreendido: **NÃO** Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYYS463** (PERNAMBUCO/SÃO JOSÉ DO BELMONTE) Renovar: 998935562 Chassi: **9C2K08356ER103562**

Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: **ALCOOL/ASOL**

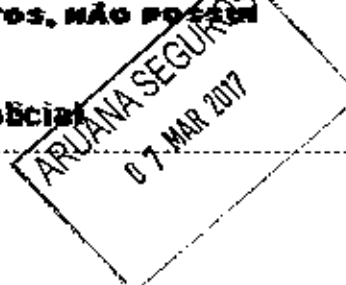
Descrição: **CHLV EM NOME DE KEYLA REJANE CARVALHO DA CRUZ, CPF N° 193.423.302-77, RG N° 6568012 - SSP/PE.**

Complemento / Observação

O SR JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS COMPRECEU A ESTA DEPOL COMUNICANDO QUE NO INÍCIO DA NOITE DO DIA 01/01/2017, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA RODOVIA ESTADUAL PE-437, SENTIDO DISTRITO CARRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE, QUANDO APÓS A ÁGUAS SENTÕES, PERDEU O CONTROLE DA MOTO NUMA CURVA E CAIU NO ATERRO FORA DO ASFALTO. O PRÓPRIO JOSÉ PAULO SEGURU CONDUZINDO A MOTO PARA SUA RESIDÊNCIA E 10 APÓS DOIS DIAS PROCUROU ATENDIMENTO HOSPITALAR PORQUE ESTAVA COM O TORNOZELO ESQUERDO INFLAMADO E SENTINDO DOR. NO HOSPITAL LOCAL, FOI CONSTATADO FRATURA E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA A CLÍNICA SÃO FRANCISCO EM SERRA TALHADA, ONDE FOI REALIZADA CIIURDIA NO TORNOZELO ESQUERDO COM O MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA ERENONE SILVA, CRM N° 18.122, CONFORME FICHAS DE ATENDIMENTO MÉDICO APRESENTADAS NESTA DEPOL. A PESSOA DE JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS, NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO.

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

→ José Paulo Ferreira dos Santos
JOSÉ PAULO FERREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)



S.O. registrado por: **JAMERSON NALIA LOPES** - Matrícula: 221140-2

Comprovacao de ato declaratorio



UNIDADE MISTA AUTA MAGALHAES
SISTEMA DE RECEPCAO HOSPITALAR - JVER 01.025
CONSULTA AMBULATORIAL

ATA: 03/01/2017
HORA: 09:27:44
PÁGINA: 001

Paciente: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: PRAÇA JOAO NUNES DE BARROS 19
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE
Nascimento: 01/03/1995
ETNIA:
Cart. SUS: 700908915112098
Mãe: MARIA ALTANIRA FERREIRA

Prontuário: 00029589
Bairro: CARMO
Cep: 56950000
Idade: 21 Anos, 10 Meses
Est.Civil:
Profissao:

Pai: CICERO JOSE DOS SANTOS

Atendimento Atual: 000002

Nº de Registro: 00115530 03/01/2017

Médico: JOSE MARCONDES NEILSON FILHO
Procedimento:
Convênio: SUS INTERNACAO
Unidade: SUS INTERNACAO
Plano:
Nº Carteira:

Origem: CONSULTA
Atendente: IVANILDO

DADOS DESTE ATENDIMENTO:

*Queda de peso e 1 dia
apresentando um M.E. tratado
para análise*

PESO	SEXO	ESTATURA	PC	CNI
ALIMENTO SO NO PEITO	☒ SIM ☐ NAO	☐ SIM ☒ NAO	ALIMENTACAO ADEQUADA	☒ SIM ☐ NAO
EXAME FISICO NORMAL	☒ SIM ☐ NAO	☐ SIM ☒ NAO	EXAME FISICO MOTOR NORMAL	☒ SIM ☐ NAO
ESTADO VACINAL ATUALIZADO	☒ SIM ☐ NAO	☐ SIM ☒ NAO	EXAME FISICO MOTOR NORMAL	☒ SIM ☐ NAO

QUEIXA PRINCIPAL, HDA, ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES, CONDIÇÕES SOCIAIS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, EXAME FISICO, ETC

Ortopedista

EXAMES SOLICITADOS E CONDUTA:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

COO. PROC. SUS:

ENCAMAMENTO:

- 1- () ALTA 2- () INTERNAMENTO 3- () OUTRO PROFISSIONAL QUAL:
- 4- () Continuação de tratamento neste Ambulatório 5- () INTERNAMENTO QUAL:

Dr. Tassio Barros
Médico

CRM/PE 24725

Assinatura Médico c/ Carimbo

Assinatura Paciente (Responsável)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE PAULO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00981-4

CONTA: 000010021677-3

Nr. da Autenticação D4D149C4151BD577