

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO FILHO ME
CNPJ: 09.058.459/0001-10

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PE ROCHA 177
SAO JOSE/CARPINA
55815-140 CARPINA PE

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

DATA DE VENCIMENTO
14/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
605,75

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
07/12/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/12/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL
000096940

CONTA CONTRATO
007008305662

Nº DO CLIENTE
2010624087

Nº DA INSTALAÇÃO
0000764728

CLASIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E5D8.D0A0.27C3.DE52.9AE7.C398.5D8C.643C

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	718,00	0,68681727	483,13
Acréscimo Bandeira VERMELHA			48,68
Contribuição Iluminação Pública			61,06
ICMS Subvenção-CDE-NF 000100317-04/08/17			2,63
ICMS Subvenção-CDE-NF 000048088-08/10/17			2,22
TOTAL DA FATURA			605,75

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt. Raav	Valor	Vencido	Dt. Raav	Valor
13/11/17	07/12/17	388,83	13/08/17	04/10/17	321,35
16/10/17	06/11/17	318,96	13/08/17	04/09/17	280,06

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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036900		kWh
DEZ	17	718	
NOV	17	489	
OUT	17	377	
SET	17	371	
AGO	17	320	
JUL	17	482	
JUN	17	714	
MAI	17	488	
ABR	17	896	
MAR	17	713	
FEV	17	818	
JAN	17	771	
DEZ	16	581	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO % VALOR DO IMPOSTO
539,81 25,00 134,95	539,81 0,80 4,85	539,81 4,18 22,45

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CORRETANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
T06112	CAT	06/11/2017	70.425,00	07/12/2017	71.143,00	31	1,00000	0,00	718,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/01/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
04/2017							
DIC-No de horas sem Energia	CARPINA	0,00	5,42	10,86	21,73		
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45		
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,11	6,00	9,06		
DCRI-Duração de Interrupção em dia útil				Limite DCRI: 12,22			
05/2017							
06/2017							
07/2017							
08/2017							
09/2017							
10/2017							
11/2017							
12/2017							
13/2017							
14/2017							
15/2017							
16/2017							
17/2017							
18/2017							
19/2017							
20/2017							
21/2017							
22/2017							
23/2017							
24/2017							
25/2017							
26/2017							
27/2017							
28/2017							
29/2017							
30/2017							
31/2017							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

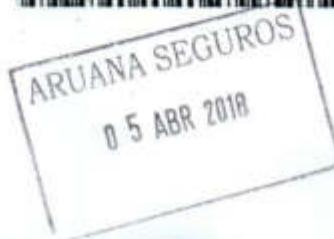
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagão, em atraso, gera multa 2% (Res-414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês.
O Cliente é compensado quando há desacumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar/puxar o mecanismo.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE AL

NOME:

Renato Alexandre do Silva

NOME DA MÃE:

02 (DUAS) VIAS

CLÍNICO:

ENFERMAGEM: 105 LÉTICIA S

CARTÃO N°:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

Nº DO REGISTRO: 4 8339

PERÍO:

ALTA/SAÍDA:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fx exosto ossos perna E

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARQUE ROMBO):

Fixador do tipo Ilizarov + Corticotomia

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/04/15

DATA DA ALTA: 30/8/15

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CÓD.

DATA DE EXECUÇÃO:

COD.	EQUIPE	NOME PROFISSIONAL	MA
1	CIRURGÃO	Dra Luis Flores	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	DIÁRIA DE UTI	DIÁRIA DE PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	NUTRIÇÃO PARENTERAL	USO DE FATORES DE CONSULADA	USO DE CÓXIMENO	USO DE CÓXIMO E PRÓTE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

RESUMO DO CASO (LETRA LIGADIL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS

Paciente inicialmente tratado com fixado externo Boston sem sucesso.
Realizado CHC e realizado aporico de Ilizarov em 05/08/15. com cortecotomia em 26/8/15.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2018

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: DURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA
 OUTROS _____

ÓRTO:

IM. GVO BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

① Retorno ao ambulatório de Dr. Luis Flores, com 15 dias + Galerino 15 dias + Nutritas + Coordenadas

OBSERVAÇÃO: Envie ao Recurso para solicitação de devolução prescrita no prazo máximo de 48 horas após a alta de paciente.

Laudo + Nutritas + Coordenadas

30, 8, 15
DATA

Dr. Hélio Lui SOA
MÉDICO CRM-PB 22217



HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F M

Declaro para os devidos fins
que Renato Alexandre da Silva
permaneceu internado nest hospital
do dia 25/04/15 até o dia de hoje
para tratamento de fr exposto ossa,
perno E. Paciente d alto com fixada
extremo do tipo Ilizarov em acom-
panhamento ambulatorial a
seguir

Dr. Rafael Lira Góis
MEDICO
CRM-RN 22547

26/08/15

-HGV 1002 V 1 2013.

Avenida General San Martin s/n - Cordero
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81.31845800

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO: *Fernando Alexandre da Silveira*

IDADE:

SEXO: F M

Solicito Fisioterapia fisioterapeuta de reabilitação

Máscara aberta suspendida

Hospital Prevestor autor de máscara suspensa

1784.1

DG Luiz Moreira
Traumatologista
CRM: 13773
16 SET 2015

Avenida General San Martin s/n - Cordero
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81 31845600

- HGV 1002 V 1 2013.

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2010



Alearto Alexandre de
Silva, 29a

laudo médio.

Declaro P/ Devidos fins
que o paciente citado
sofreu acidente de
moto em abril /2015
com fratura expõe
dos ossos da perna esq.
onde entrou um fixador
extremo seu dorso vermelho
P/ curar até o
momento.

27-02-18.

Francisco F. Mousinho
Médico
CREMEPE 22630

Av. Agamenon Magalhães, s/n - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-060

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2018



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **087.745.964-97**

Nome da Pessoa Física: **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**

Data de Nascimento: **04/12/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/03/2007**

Dígito Verificador: **00**

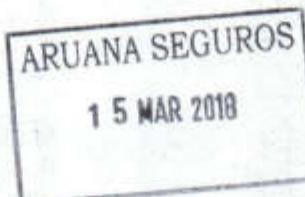
Comprovante emitido às: **09:19:52** do dia **23/09/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8D81.CABE.A6A5.5E7B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ASL-0531471/15
abenilda.barbosa.0414
16/03/2018 12:40:16

DOCUMENTO 3 T3%



ASL-0531471/15
abenilda.barbosa.0414
16/03/2018 12:40:16

MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
DOC IDENTIF/001: MEC/01/M
4350494 SBD 93
GFT CAJAMONHO
319.819.384-34 16/05/1973
PRAZO
MARCELO COSENTE DE
ALMEIDA
MARIA JOSE DE ALMEIDA
PLACARO HCE AD
10/10/2016 25/01/1999

RECINTOS
OU OBSERVAÇÕES

44 AT & AD
FOLHA DE PESQUISA
11/10/2013
DONA CARPINHA - RR
José Antônio
744500000000
PA043233520

ASL-0531471/15
abenilda.barbosa.0414
16/03/2018 12:40:16

ASL-0531471/15
abenilda.barbosa.0414
16/03/2018 12:40:16

ARUANA SEC 4
16 NOV 2015



ARUANA SEGUROS
05 ABR 2018



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

outro
Data : 29/09/2015

pag.: 1

Relatório de Veículo

PLACA : KIL9356

UF : PE

RENAVAM : 208344900

CHASSI : 9C2KD0520AR034789

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

MARCA/MODELO : HONDA/NXR150 BROS MIX ES

ESPECIE : PAS

COR : VERMELHA

ANO FAB./MODELO : 2010/2010

COMBUSTÍVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CFC :

PROPRIETÁRIO : ANTONIO JOAO DA SILVA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : SITIO PEDRA FINA S/N

MUNICÍPIO : MACHADOS

COMPLEMENTO : CASA

CEP : 55740000

BAIRRO : ZONA RURAL

UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM

VALOR : 1.305,77

LICENCIAMENTO : SIM

VALOR : 307,12

MULTAS : SIM

VALOR : 702,30

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : COMUNICACAO DE VENDA

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2010

Carpina, 12 de Abril de 2018.

À

Seguradora Líder dos Consórcios Seguro DPVAT

Setor: Administrativo

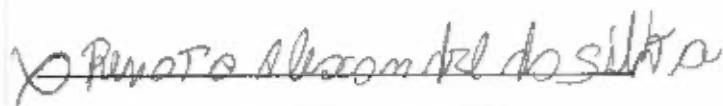
Vitima: RENATO ALEXANDRE DA SILVA

Sinistro: 3180/123789

Venho por meio desta comunicar a esta seguradora que o veículo que sofri o acidente era do meu irmão que tinha comprado o veículo da patroa dele, sendo que a mesma já tinha comprado a uma outra pessoa, tentei localizar o proprietário através dessa patroa do meu irmão porém ela não mora mais no endereço onde residia na época e não temos mais contato com ela, e infelizmente não tenho como localizar esse proprietário, peço aos profissionais desta seguradora que entendam meu caso, podem fazer uma auditoria para comprovar o meu acidente e minhas seqüelas, estou à inteira disposição. Caso contrário estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



RENATO ALEXANDRE DA SILVA

CPF. 087.745.964-97

FONE PARA CONTATO: (81) 99138-2325 / (81)97915-3756/(81) 3621-4703

ARUANA SEGUROS

23 ABR 2018

0096565118

Carpina, 25 de Junho de 2018

A

Seguradora Lider dos Consórcios Seguro DPVAT

Setor: Administrativo

Vitima: RENATO ALEXANDRE DA SILVA

Sinistro: 3180/123789

Venho por meio desta comunicar a esta seguradora que tentei entrar em contato com o proprietário do veículo pois como consta na consulta feita na delegacia o endereço está na Cidade de Machados/PE, fui até o endereço e os vizinhos disseram que ele tinha mudado de endereço fazia muito tempo e não sabem pra onde ele foi logo não tenho mais como localizá-lo, peço então a compreensão desta Seguradora para que possa dar andamento ao processo, liberando minha perícia para comprovar a minha seqüela e assim concluir com meu processo, caso queiram podem fazer uma auditoria para confirmar o que falo e caso não tenha nenhuma resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

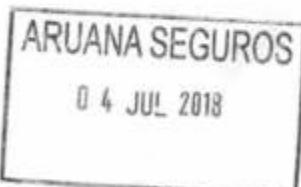
Atenciosamente,

J Renato Alexandre da Silva

RENATO ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 087.745.964-97

FONE PARA CONTATO: (81) 99138-2325 / (81)97915-3756/(81) 3621-4703



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150961411 **Cidade:** Tracunhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 25/04/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de ossos da perna esq

Descrição do exame médico pericial: Vítima em tratamento

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de fixador biplanar e posteriormente colocação de fixador tipo Ilizarov com o qual se encontra até hoje -ainda em tratamento

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 03/12/2015

Conduta mantida:

Observações: Vítima em tratamento

Médico examinador: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

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 %	\$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:

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2015

Carta nº: 8164737

A/C: RENATO ALEXANDRE DA SILVA

Sinistro: 3150961411
Vitima: RENATO ALEXANDRE DA SILVA
Data Acidente: 25/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 inicio 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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2015

Carta nº: 8216243

A/C: RENATO ALEXANDRE DA SILVA

Sinistro: 3150961411
Vítima: RENATO ALEXANDRE DA SILVA
Data Acidente: 25/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8252149

A/C: RENATO ALEXANDRE DA SILVA

Sinistro: 3150961411
Vitima: RENATO ALEXANDRE DA SILVA
Data Acidente: 25/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, caso existam sequelas definitivas e permanentes, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3150961411 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 20 DE DEZEMBRO nº 22 - BAIRRO NOVO - TRACUNHAEM/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6839436 - SSP**

Data local do exame: **03/12/2015 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 exposta de ossos da perna esq

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 complicações.

Tratamento cirúrgico com colocação de fixador biplanar e posteriormente colocação de fixador tipo Ilizarov com o qual se encontra até hoje -ainda em tratamento

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

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.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em **90** 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.

Local e data de realização do exame médico legal:

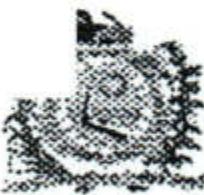
PE - RECIFE, 03/12/2015

Médico Perito: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52.49515-5

Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52.49515-5
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

DOCUMENTO 1



ARUANA SECOS
16 NOV 2015

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 057ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAÉM -
DP57ª CIRC DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0147000412

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/11/2015 às 13:19

Complementa o BO Número: 15E0147000402

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 26/4/2015 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, SITIO AQUIDINHO / ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IDENTIDADE DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOÃO DA SILVA (OUTRO)
RENATO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
IDENTIDADE DESCONHECIDA

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

RENATO ALEXANDRE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mão:
MARIA AUXILIADORA PAULO DA SILVA Pai: **LUIZ ALEXANDRE DA SILVA** Data de Nascimento: 4/12/1981 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6838438/SDS/PE (RG). 68774888487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares: - 988488238

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, ENGENHO CALOMBI / ZONA RURAL - CEP: 55888-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

IDENTIDADE DESCONHECIDA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ANTONIO JOÃO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mão: NÃO INFORMADA Pai: NÃO INFORMADA Data de Nascimento: 1/5/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, SITIO PEDRA FINA - ZONA RURAL - MACHADOS - GEPI: 6 - Bairro: ZONA RURAL - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOÃO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO ALEXANDRE DA SILVA** Categoría/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: NÃO Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Placa: **KIL 8388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **288344888** Chassi: **8G2KD0820AR034788**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA/ NXR 150 BROS MIX ES.**

VEICULO 02 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**

Categoría/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: NÃO Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**



Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA SRº RENATO ALEXANDRE QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA (PLACA KIL - 8388) NO SENTIDO AÇUDINHO / TRACUNHAÉM, QUANDO AO FAZER UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM VEICULO (CLASSIC) QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, O QUAL COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTO DA VITIMA. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE CARPINA PARA O HOSPITAL DE CARPINA E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, QUE A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NA Perna ESQUERDA. QUE SEGUNDO A VITIMA O CONDUTOR DO VEICULO QUE COLIDIU EM SUA MOTO NÃO PAROU.

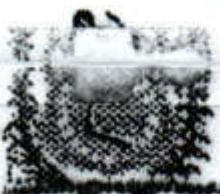
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Renato Alexandre da Silva
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

ARUANA-SEGUROS

16 NOV 2015

B.O. registrado por: **GILMAR VALENTIM DA SILVA MAT. 188.484-3** - Matrícula:
188484-3



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 057ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAÉM -
DP57ª CIRC DINTER1/1ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0147000412

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2015** às

09:00 horas - BO Número: 15E0147000402

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 26/4/2016 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, SITIO
AGUDINHO / ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -
TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**IDENTIDADE DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO JOÃO DA SILVA (OUTRO)
RENATO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sítio:
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sítio:
IDENTIDADE DESCONHECIDA**



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

**RENATO ALEXANDRE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino
MARIA AUXILIADORA PAULO DA SILVA Prol: LUIZ ALEXANDRE DA SILVA Data de
Nascimento: 4/12/1981 Naturalidade: CARPINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
8838436/SDS/PE (RG). 88774888487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares:
- 888458238**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, ENGENHO GALOMBI / ZONA
RURAL - CEP: 55888-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**IDENTIDADE DESCONHECIDA (não presente no plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANTONIO JOÃO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADA Pai: NÃO INFORMADA Data de Nascimento: 1/5/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, SÍTIO PEDRA FINA - ZONA RURAL - MACHADOS - CEP: 5 - Bairro: ZONA RURAL - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOÃO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: Ns.
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Placa: **KIL8388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **288344888** Chassi: **SC2KD0828AR034788**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA/ NXR 150 BROS MIX ES.**

VEICULO 02 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/OM/CLASSIC** Objeto apreendido: Ns.
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**



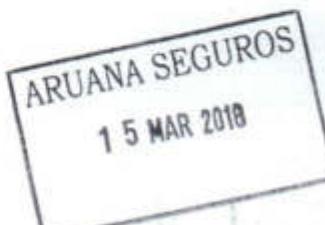
Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA SRº RENATO ALEXANDRE QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA (PLACA KIL - 8388) NO SENTIDO AQUIDINHO / TRACUNHAÉM, QUANDO AO FAZER UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM VEICULO (CLASSIC) QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, O QUAL COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTO DA VITIMA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE CARPINA PARA O HOSPITAL DE CARPINA E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS . QUE A VITIMA TEVE FRATURA EXPORTA NA Perna ESQUERDA. QUE SEGUNDO A VITIMA O CONDUTOR DO VEICULO QUE COLIDIU EM SUA MOTO NÃO PAROU.

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

Renato Alexandre da Silva
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILMAR VALENTE DA SILVA MAT. 188.484-3** - Matrícula:
188484-3



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

Renato alexandre dasilva

CPF da Vítima

087.745.964.97

Data do Acidente

26/04/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins 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.

Carapicuíba, 05 de 03 de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2018

Renato alexandre dasilva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

CARPINA
A CIDADE DO JEITO QUE O Povo

*9/6
11/11/184
Getúlio Vargas*

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/04/15

HORA DA OCORRÊNCIA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: carro + moto

VIATURA:

UTI ()

BÁSICA ()

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA) () CAUSA CLÍNICA () OBSTÉTRICO () REMOÇÃO ()
VIA PÚBLICA () DOMICÍLIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA ()

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Renato Alexandre da Silva IDADE: 26 ANOS
SEXO: M (X) F () PROFISSÃO: _____ FONE: _____
ENDERECO RESIDENCIAL: Acudinho BAIRRO: Maceió/AL
NOME DO SOLICITANTE: Edvaldo FONE: _____
ENDERECO DA OCORRÊNCIA: _____ BAIRRO: _____
REFERÊNCIA: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS () CAMINHÃO () CARRO DE PASSEIO (X) MOTOCICLETA () PLACA: _____
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO () MOTORISTA () BANCO DE TRÁS () BANCO DA FRENTES () USO DO CINTO S () N ()
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE S (X) N ()
AFOGAMENTO: SUBMERSÃO () SOTERRAMENTO ()
INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR: _____
EXPOSIÇÃO AO FOGO / FUMAÇA () QUEIMADURA: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()
QUEDA: () ALTURA APROX. _____ METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: _____ ARMA BRANCA () TIPO: _____
AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR: _____
MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA: _____

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2010

AVALIAÇÃO CLÍNICA

VIAS AÉREAS: FR _____ DISPNEIA: S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL S () N ()
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N () SIBILOS EXPIATÓRIOS: S () N () BAN: S () N ()
AGITAÇÃO PSICOMOTORAS: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRAÇÃO XIFÓIDE: S () N ()
DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N () GEMISO/ESTRIDOR: S () N () DIST. FALA/CHORO: S () N ()
CIRCULAÇÃO PA: 80 x 50 PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA () INSATISFATÓRIA () PULSO: _____
COLORAÇÃO DA PELE: NORMAL S () N () PALIDEZ: S () N () CIANOSE: S () N () ICTÉRIO: S () N ()
PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N () SUDORESE: S () N () DESIDRATADO: S () N ()

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Renato Alencar de Souza,

RG nº 56113400000085, data de expedição 07/03/02, Órgão CTPS,

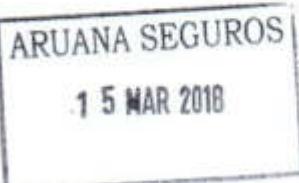
CPF nº 087.745.964-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. 20 de Dezembro</u>
Número	<u>20</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parque Novo</u>
Cidade	<u>Tracunhaém</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55805-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>renato.alencar.silva@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 05/03/2012

Assinatura do Declarante: Renato Alencar de Souza



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndio 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ALBERTO ANTONIO DA SILVA CPF: 344.178.934-20	DATA DE VENCIMENTO 28/02/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/02/2018	CONTA CONTRATO 000718544017
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA 20 DE DEZEMBRO 22	TOTAL A PAGAR (R\$) 76,52	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/02/2018	Nº DO CLIENTE 2000488271
BAIRRO NOVO/TRACUNHAEM 55805-000 TRACUNHAEM PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 006455943	Nº DA INSTALAÇÃO 0003802978
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO E07A.33F4.EC1B.9223.1ED6.205B.51AA.7CB1		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	104,00	0,65874584	69,54
Contribuição Iluminação Pública			2,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 002766056-23/12/17			0,56
Multa por atraso-NF 002766056 - 23/12/17			1,38
Juros por atraso-NF 002766056 - 23/12/17			0,68
Atualização IOPM-NF 002766056 - 23/12/17			0,52
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,00
Compensação DIC Anual 2017			1,29
TOTAL DA FATURA			76,52
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	PIS	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
69,54	25,00	69,54	0,57
			0,39
			69,54
			2,60
			1,80

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencida	Dt. Nava	Valor
30/01/18	21/02/18	71,57

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

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,65874584	
FEV	18	104
JAN	18	96
DEZ	17	84
NOV	17	86
OUT	17	98
SET	17	77
AGO	17	73
JUL	17	73
JUN	17	88
MAI	17	55
ABR	17	89
MAR	17	87
FEV	17	78

HISTÓRICO DO CONSUMO

RS %	
Geração de Energia	18,48 27,98
Transmissão	2,88 2,98
Distribuição (Celpe)	16,06 24,39
Encargos Baterista	6,38 9,18
Tributos	18,58 28,16
TOTAL	68,54 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MÉDITOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		AJUSTE
G78720	CAT	23/01/2018	17.967,00	21/02/2018	18.071,00	29	1,00000
CONSUMO kWh							
TOTAL: 104,00							
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/03/2018							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES			
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br .			
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.		TENSÃO NOMINAL(V)	
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.		MINÍMO	MÁXIMO
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		220	302
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.		231	
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.			

DESTAQUE AQUI	TALÃO DE PAGAMENTO		
CONTA CONTRATO 000718544017	MÊS/ANO 02/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 76,52	VENCIMENTO 28/02/2018



Evite dobrar, recortar ou rasgar.
Este canhoto será usado para Autenticação Mecânica.

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2018

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARCELO PASCOAL DO NASCIMENTO FILHO ME CNPJ: 09.058.459/0001-10	DATA DE VENCIMENTO 12/03/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 02/03/2018	CONTA CONTRATO 007008305662
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PE ROCHA 177 SAO JOSE/CARPINA 55815-140 CARPINA PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 404,48	DATA DA APRESENTAÇÃO 02/03/2018	Nº DO CLIENTE 2010624097
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico			Nº DA INSTALAÇÃO 0000764728
RESERVADO AO FISCO 336E.21F0.1810.2D59.C37C.A095.3402.0D59			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	513,00	0,68359185	350,68					
Contribuição Iluminação Pública			61,09					
ICMS Subvenção-CDE-NF 000096940-07/12/17			4,40					
Compensação DIC Mensal 01/18			11,69					
TOTAL DA FATURA			404,48					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
350,68	25,00	87,67	350,68	0,82	2,87	350,68	3,91	13,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
T05112	CAT	02/02/2018	72.472,00	02/03/2018	72.985,00	28	1.00000	0,00	513,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/04/2018

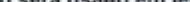
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m [Lei 10.438/02] e atualização monetária no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007008305662	03/2018	404,48	12/03/2018	 Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Marcos Antonio da Almeida portador(a) do RG nº 0049.5815-750, expedido por Defesa - RJ, em 25/01/1999 CPF/CNPJ nº 919.419.384-34, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Renato Alexandre da Silva do sinistro de DPVAT da natureza JAHUDEZ da vítima Renato Alexandre da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: _____

M. Antônio da Almeida
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ANALISES

16 NOV 2015

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Renato Alexandre da Silva

NOME DA MÃE:

CLÍNICA:

DATA DE NASCIMENTO:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

ENFERMARIA:

LEITO:

IDADE:

105

5

PESO:

02 (DUAS) VIAS

CARTÃO SUS:

Nº DO REGISTRO: 9 83399

PESO:

ALTURA:

SEXO:

P:

M:

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERBO):

Fixador do tipo Ilizarov + Corticotomia

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/04/15

DATA DE ALTA: 30/8/15

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CABINHO/CABINETE/PATURAMENTO:

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO	Dr. Luis Motta	
2	T ³ AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2 ^º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

NUTRIÇÃO PARENTEAL

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

USO DE OXIGÉNIO

USO DE ÓSTESE E PRÓTESE
HEMODIALISE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

Paciente inicialmente tratado com fixado ilizarov. Busto sem reunião.
 Realizado CHC - realizado aposicão d Ilizarov em 05/05/15. Com
 cortecotomia em 26/8/15.

ARUANA SEGUROS

16 NOV. 2015

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:

 OURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA

OBTO:

 IML GVO BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

① Retorno ao ambulatório d Dr Luis Motta, com 15 dias + Galvano 15d +

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Paturamento com todos os documentos previamente mencionados no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

Cauda + Plutás + Orientações

30/8/15

DATA

Dr. Rafaelli L. Soárez
MÉDICO
CRM-PB 22217

MEDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA DO MEDICO



NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F M

Declaro para os devidos fins
que Renato Alexandre da Silva
permaneceu internado nest hospital
do dia 25/04/15 até o dia de hoje
para tratamento de fr exposto ossos
pomo E. Paciente d alto com fixada
extremo do tipo Ilizarov em acom-
panhamento ambulatorial a
seguir

Dr. Rafael Luz Sousa
MÉDICO
CRM-PE 22217

26/08/15

HGV 1002 V 1 2013.

Avenida General San Martin s/n – Cordero
Recife/PE – CEP 50 630-060
Fone 0XX.81.31845600

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Sereno Alexandre da Silveira

IDADE:

SEXO: F M

Solicito fisionomia facial de menor
Menor menor suspeito.

HQ- Prendo ator de falso suspeito

H84.1

D. Luiz Moraes
Traumatologia
CRM- 13773
16 SET 2015

HGV 1002 V 1 2013.

Avenida General San Martin s/n - Cordero
Recife/PE - CEP 50 630-060
Fone. 0XX 81.31845600

ARUANA SEGUROS
16 NOV 2015

Secr

Compr

Nº do CPF: 087.745.96

Nome da Pessoa Físic

Data de Nascimento: 04/12/1988

Situação Cadastral: RE

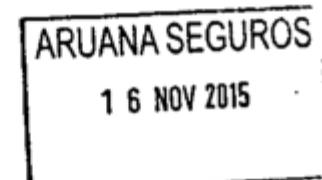
Data da Inscrição: 15/09/2015

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido à
Código de controle do c
A autenticidade deste c
Receita Federal do Br

Este documento nã

(Modelo a





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **087.745.964-97**

Nome da Pessoa Física: **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**

Data de Nascimento: **04/12/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/03/2007**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:19:52** do dia **23/09/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8D81.CABE.A6A5.5E7B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015

DOCUMENTO 3 *T3%*



413209327

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

DOC. IDENTIFICATIVO CIVIL

4350694 SSP PR

OFF 919.419.384-34 GUARANHETO

PRUCAO 16/05/1971

MARCELO COSME DE
ALMEIDA

MARIA JOSE DE ALMEIDA

PESSOAO ADE CAT. MAR. AD

REGISTRO 00495815750 VALIDEZ 10/10/2016 VIGABUSCAO 25/01/1999

OBSERVAOES

413209327

DATA EMISSAO 11/10/2013

78450008530
PE043219510

Wakayole

413209327

DATA EMISSAO 11/10/2013

78450008530
PE043219510

ARUANA SEC 4
16 NOV 2015



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE PÓLICIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 29/09/2015

pag.:1

Relatório de Veículo

PLACA : KIL9356

UF : PE

RENAVAM : 208344900

CHASSI : 9C2KD0520AR034789

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA

MARCA/MODELO : HONDA/NXR150 BROS MIX ES

ESPECIE : PAS

COR : VERMELHA

ANO FAB./MODELO : 2010/2010

COMBUSTÍVEL : ALCO/GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :

PROPRIETÁRIO : ANTONIO JOAO DA SILVA -

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : SITIO PEDRA FINA S/N

MUNICÍPIO : MACHADOS

COMPLEMENTO : CASA

CEP : 56740000

BAIRRO : ZONA RURAL

UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM

VALOR : 1.305,77

LICENCIAMENTO : SIM

VALOR : 307,12

MULTAS : SIM

VALOR : 702,30

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : COMUNICACAO DE VENDA

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu,
RG: 6839436 CPF: 087.745.964-97, residente e
domiciliado(a) na Rua 20 DE DEZEMBRO, na cidade de
TAUANTINGA, no estado de _____, venho por meio deste,
informar que sofreu um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de
repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo está
em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados
do veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: Antonio JORGE DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2010/2010

Placa: KIL-9356

Chassi: 9C2K00520A N° 34489

Data do acidente: 25/04/2014

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015

Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos
governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do seguro
DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas
penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data Reap 16 / 11 / 15

Renato Alexandre da Silva

ASSINATURA:



OUTORGANTE: RENATO ALEXANDRE DA SILVA, brasileiro(a),
 estado civil SOLTEIRO, profissão TRABALHADOR RURAL, RG nº
6839436, CPF/MF nº 087.745.964-97, residente e domiciliado(a)
 à Rua 20 DE DEZEMBRO nº 22 Brumado novo, Cidade de
Trancanhã, Estado Pernambuco, CEP:
55805-000, telefone (81) 3621-0568 / (81) 99447-5420

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DA ALMEIDA
RG 4250694 SSP/PE, CNPJ/CPF 919.419.384-34
 sob o n° _____, com endereço profissional à
Rua Padre Rocha nº 177 São José, na cidade de
Carpina, Estado do Pernambuco

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro; acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
 Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINHA/PE - TABELIONATO
 Próprio dos Registros de Imóveis, Régistros, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
 Av. Congresso Eucarístico Internacionais, 126, Fone/Fax (81) 3621.0410, Carpinha/PE - cartorio.carpina@bol.com.br
 Oficial
 Reconheço, por autenticidade a firma: RENATO ALEXANDRE DA SILVA, lançada em minha presença dou fé. CARPINHA/PE
 22/10/2015 11:02:08. Encr:R\$ 2,96; TSNR: 0,66; FERC:0,33;
 Total: 3,95. Selo nº 0074807.0HF09201501.04898. Consulte
 autenticidade em www.tipe.jus.br/seadoligital. Mirian de
 Fatima G. S. Franca, tabelia

ARUANA SEG.
 16 NOV 2015

Carpina, 22 de outubro de 2015.



X Renato Alexandre da Silva
 OUTORGANTE,



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, Renato Alexandre da Silveira
 PORTADOR(A) DO RG N° 6.839.436 EXPEDIDO POR SDS (PE) EM 22/04/01 E

CPF 083745964-93 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Renato Alexandre da Silveira. 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura 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.

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015

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 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2917 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 06976-3

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

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

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 16 de Novembro de 2015
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Itaú

Banco Itaú S/A

BANCO ITAU S/A PROTOCOLO TRANSFERENCIA
AGENCIA 2917 DATA 10/11/2015 HORA 15.07.17
DE CTA 2917.04781-9 ROBERTA OLIVEIR
P/ CTA 2917.06976-3 RENATO ALEXANDR
CEI 83888 CTR 00752 VAL. R\$ 2,00

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015

DOCUMENTO 1



ARUANA SECURÓS

16 NOV 2015

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 057ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAÉM -
DP57ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 15E0147000412

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/11/2015 às
13:19**

Complementa o BO Número: 15E0147000402

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 26/4/2015 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, SITIO
AQUIDINHO / ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -
TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**IDENTIDADE DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO JOÃO DA SILVA (OUTRO)
RENATO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
RENATO ALEXANDRE DA SILVA**

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

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

**RENATO ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc.:
MARIA AUXILIADORA PAULO DA SILVA Pai: LUIZ ALEXANDRE DA SILVA Data de
Nascimento: 4/12/1981 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
8838438/SDS/PE (RG). 68774888487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares:
- 988488238**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, ENGENHO CALOMBI / ZONA
RURAL - CEP: 56666-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 053, CIRCUINTRO - TRAGUANHABEM -
DPS/DIRIG DINTERMIN/DESC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0147000415

Ocorrência registrada nessa unidade policial no dia 03\11\2015 às 13:15

Complemento BO Número: 15E0147000405

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Dejado (Consumado) das
acidentes no dia 15/11/2015 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TRAGUANHABEM, 1, Sítio
ÁGUINHO ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -
TRAGUANHABEM/PERNAMBUCO/BRAZIL
Local do Fato: AV PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

IDENITIDADE DESCONECIDA (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO JOAO DA SILVA (OUTRO)
RENATO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (não é o veículo da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
VEICULO: (não é o veículo da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
(DENITIDADE DESCONECIDA)

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

RENATO ALEXANDRE DA SILVA (presunto de fato) - Sexo: Masculino
MARIA AUXILIADORA PAULINO DA SILVA (físico Luis ALEXANDRE DA SILVA Da
Inspecção: 0133083 Número: 01 PERNAMBUCO / BRASIL Documento:
03243123128 (RG). 0871458043 (CP). Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefone: Celular:
- 88638252

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TRAGUANHABEM, 1, BORGES GALOMOSI / Sítio
RURAL - CEP: 52000-000 - Bairro: CENTRO - TRAGUANHABEM/PERNAMBUCO/BRAZIL

IDENITIDADE DESCONECIDA (não presunto de fato) - Sexo:

ANTONIO JOÃO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADA Pai: NÃO INFORMADA Data de Nascimento: 1/8/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, SITIO PEDRA FINA - ZONA RURAL - MACHADOS - CEP: 6 - Bairro: ZONA RURAL - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOÃO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 150** Objeto apreendido: Ns.
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Placa: **KIL 9388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **288344988** Chassi: **9G2KD8829AR834788**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA/ NXR 150 Bros Mix ES.**

VEICULO 02 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: Ns.
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**



Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA SRº RENATO ALEXANDRE QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA (PLACA KIL - 8388) NO SENTIDO AÇUDINHO / TRACUNHAÉM, QUANDO AO FAZER UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM VEICULO (CLASSIC) QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, O QUAL COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTO DA VITIMA. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE CARPINA PARA O HOSPITAL DE CARPINA E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS . QUE A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NA Perna ESQUERDA. QUE SEGUNDO A VITIMA O CONDUTOR DO VEICULO QUE COLIDIU EM SUA MOTO NÃO PAROU.

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

Renato Alexandre da Silva
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

ARJANA SEGUROS

16 NOV 2015

B.O. registrado por: **GILMAR VALENTIM DA SILVA MAT. 188.484-3** - Matrícula:
188484-3

ANTONIO JOÃO DA SILVA (não presente na bisografia) - Seu, M. sanguinolento não
fornecido (informado que é da classe de 1993)

- JARU - SITIO PREDIA FIANA - ZONA RURAL

Bispo do Rio Grande do Norte, Município de Macau, 2002, f., Sítio Predia Fiana, Zona Rural - Macau - RN - 58600-000

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) da placa e/ou do(s) S1(a); ANTONIO JOÃO DA SILVA, da
categoria automóvel MOTOCICLETA/HONDA/CITY 150 O/plateira número N°0
que VERMELHA - Onibus, 0 (UNIDADE) Unidade 0,00 (REAL)

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) da placa e/ou do(s) S1(a); RENATO ALEXANDRE DA SILVA
que VERMELHA - Onibus, 0 (UNIDADE) Unidade 0,00 (REAL)

VEÍCULO 03 (VEÍCULO), da placa e/ou do(s) S1(a); IDENITADE
desconhecida

Categoria automóvel AUTOMÓVEL/GOL CLASSE O/plateira número N°0
que PRETA - Onibus, 0 (UNIDADE) Unidade 0,00 (REAL)

Complemento / Operação(s)

ALÉGA A VITIMA SR. RENATO ALEXANDRE QUE TRABALHAVA EM UMA MOTOCICLERA
(PLACA KIL - 8260) NO SETOR DE AGUDINHO (TRAGUANHEM, QUANDO AO LACER UNA
CURVA DE PARRON-SE COM UM ASFALTO (CLASICO) QUE VINDA EM SENTIDO
CONTARARIO, O RURAL COLIDIR NA LATERAL ESSAURIDA DA MOTO A VITIMA, DUE A
VITIMA FOI SOCORRIDO PELA SAMU DA CIDADE DE CARPINHA PARA O HOSPITAL DE
CARPINHA E FOGO EM SEGUNDA FARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, DUS A VITIMA
TEVE FRATURA EXPLOSIVA NA PERNA ESQUERDA. QUE SEGUNDO A VITIMA O
CONDUTOR DO VEÍCULO QUE COLIDIU EM SUA MOTO NAO PAROU.

Assinatura do(s) deles(s) delesseus unidsde policial

RENATO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado pol: GILMAR VALENTIM DA SILVA MAT. 189.844-3 - Mafra/2013
468844-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Renato Alexandre da Silva, Portador da
Carteira de Identidade nº 6.839.436 e inscrito no CPF/MF sob o nº
087.745.964-97, Residente e Domiciliado na n. 20 de dezembro
22 - Bairro novo, Cidade

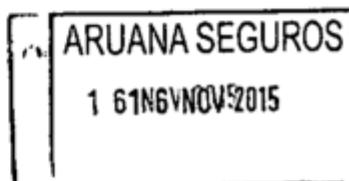
Tracunhaém, Estado PE, Declaro, sob as penas
da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias
para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a
cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 impugná-la, caso
discorde do seu conteúdo.

Recife, 16 de novembro de 2015
Local e Data



Renato Alexandre da Silva
Assinatura do Declarante



SAMU
192

PREFEITURA DE CARPINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

PREFEITURA DE
CARPINA
A CIDADE DO JEITO QUE O Povo!

016 / 174084
Instituto Vitorino

DATA: 2016/04/13

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 25, 04, 15

HORA DA OCORRÊNCIA:

13:00

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: carro + moto

VIATURA:

UTI ()

BÁSICA

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA) () CAUSA CLÍNICA () OBSTÉTRICO () REMOÇÃO ()

VIA PÚBLICA () DOMICÍLIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA ()

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Renato alexandre da silva IDADE: 26 ANOS

SEXO: M (X) F () PROFISSÃO: _____ FONE: _____

ENDERECO RESIDENCIAL: acudinho BAIRRO: macaíba

NOME DO SOLICITANTE: edvaldo FONE: _____

ENDERECO DA OCORRÊNCIA DOCUMENTO 3 T3% BAIRRO: _____

REFERÊNCIA: _____



CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS () CAMINHÃO () CARRO DE PASSEIO (X) MOTOCICLETA () PLACA: _____

ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()

AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO () MOTORISTA () BANCO DE TRÁS () BANCO DA FRETE () USO DO CINTO S () N ()

MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA (X) PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE S (X) N ()

AFOGAMENTO: SUBMERSÃO () SOTERRAMENTO ()

INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR: _____

EXPOSIÇÃO AO FOGO / FUMAÇA () QUEIMADURA: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()

QUEDA: () ALTURA APROX. _____ METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA

AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: _____ ARMA BRANCA () TIPO: _____

AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS: () OUTROS () CITAR: _____

MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO ()

CAUSAS CLÍNICAS

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015

HISTÓRIA CLÍNICA: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

VIAS AÉREAS: FR () DISPNÉIA: S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL S () N ()

OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N () SIBILOS EXPIATÓRIOS: S () N () BAN: S () N ()

AGITAÇÃO PSICOMOTOR: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRAÇÃO XIFÓIDE: S () N ()

DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N () GEMISO/ESTRIDOR: S () N () DIST. FALA/CHORO: S () N ()

CIRCULAÇÃO PA: 80 x 50 PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA () INSATISFATÓRIA () PULSO: _____

COLORAÇÃO DA PELE: NORMAL S () N () PALIDEZ: S () N () CIANOSE: S () N () ICTÉRIO: S () N ()

PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N () SUDORESE: S () N () DESIDRATADO: S () N ()

EXAME NEUROLÓGICO

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: ALERTA () RESPOSTA VERBAL () RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO () IRRESPONSIVO ()

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR
Abertura ocular espontânea
Abertura ocular à voz
Abertura ocular à dor
Sem abertura ocular

4
3
2
1

RESPOSTA VERBAL
Orientado
Confuso
Resposta Impropriada
Sons ininteligíveis
Sem resposta verbal

5
4
3
2
1

RESPOSTA MOTORA
Obedece comando
Localiza estímulo doloroso
Retirada ao estímulo doloroso
Flexão anormal (decorticacão)
Extensão anormal (descerebração)
Sem resposta motora

6
5
4
3
2
1

TOTAL PONTOS
15

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DÉFICIT MOTOR () DESVIO DE COMISSURA LABIAL () DIFICULDADE NA FALA ()

AVALIAÇÃO DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRÍASE () MIOSE ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S () N () FRATURA PÉLVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N () FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S () N ()

OXIGÊNIO: CATÉTER () VENTURI () CPAP ()

ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES: S () N ()

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE FiO₂

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S () N ()

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: S () N ()

INFUSÃO DE FLUIDOS: S () N ()

OUTRAS CONDUTAS

Saturando 96

MEDICAMENTO / MATERIAL PENSO USADO

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

USOU ÁLCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR:

HÁLITO ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLENCIA/AGITAÇÃO () ALTERAÇÃO NO HUMOR () RISOS, CHORO, IRRIT.

USOU OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR:

LOLÓ () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇA-PERFUME () ANFETAMINA () ÉXTASE ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE:

MÉDICO QUE RECEBEU:

ASSINATURA:

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N ()

ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S () N () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: S () N ()

MACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N () PRANCHA RETIDA: S () N ()

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: D.R. Tiago

MÉDICO ASSISTENTE:

ENFERMEIRA: Reda

SOCORRISTA: Karina Bucinom

MOTORISTA: Fernando

Freda AMI

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA:

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica.

Data: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Renato alexandre da silva

RG nº 6.839.436, data de expedição 22/04/01, Órgão SDS (PE),

CPF nº 087.745.964-07 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. 20 de dezembro</u>
Número	<u>22</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bairro novo</u>
Cidade	<u>Tracunhaém</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55805-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3621-0568</u>
E-mail	<u>WPassessoria@ig.com.br</u>

ARUANA SEGURANÇA

16 NOV 2015

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ricup, 16/11/15

Assinatura do Declarante: X Renato Alexandre da Silva



CINTIA FERGAL - FATTURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.833.912/0001-05 | Inscrição Estadual: 0005943-03 | www.cepe.com.br

**ALBERTO ANTÔNIO DA SILVA
DADOS DO CLIENTE**

RUA 20 DE DEZEMBRO 22
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 344-17B-834-79

BAIRRO NOVO/TRAÇUNHAEM
TRAÇUNHAEM PE
55805-000

**BLR RESIDENCIAL
RESIDENCIA
Monofamiliar**

08/09/2015 200048927J 2900937

0748544017 07/2015
04/08/2015 24/08/2015
TOTAL A PAGAR (R\$) 27,28

TOTAL DA FATURA

27.3

Perché la nostra storia è un'emozione di ogni giorno. E' una storia che nasce da un sentimento di appartenenza, di orgoglio, di orgoglio per il nostro paese, per le persone che lo abitano, per i luoghi che lo compongono. Una storia che nasce dalla voglia di condividere, di raccontare, di far sentire la voce di chi vive qui, chi lavora qui, chi produce qui. Una storia che nasce dalla voglia di trasmettere, di trasmettere la nostra cultura, la nostra storia, la nostra tradizione, la nostra identità. Una storia che nasce dalla voglia di creare, di creare nuove vite, nuovi stili di vita, nuove forme di esistenza. Una storia che nasce dalla voglia di credere, di credere nel possibile, nel futuro, nel progresso. Una storia che nasce dalla voglia di vivere, di vivere la vita, di vivere la storia, di vivere la nostra storia.

2016 en sucesos ocurridos de 2014 a 2016 anteriormente. Esta decisión no autorizada, pero con probabilidad de cumplimiento, para las autoridades de consumo, es la aplicación de las normas mercantiles [Art. 4º, Ley 12/2017/BOE]. Esta decisión ha sido tomada en virtud de las disposiciones de la legislación en materia de derechos humanos en el acuerdo judicial que permite la ejecución de sentencias contra la fin de procesar la libertad.

DIRECÇÕES E PESQUISAS INTERDISCIPLINARES					
RAZÃO DA MATRACAO	DIRECÇÕES	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÉDIO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ANNUAL
IG	0,00	3,48	6,87	13,95	
E	0,00	3,29	6,00	12,00	
BC	Límite DCR 12,27	EURO - Valores de limite de uso do Sistema de Detecção - R\$12,27			

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
220	+03% / -03%

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCOS ANTONIO DA ALMEIDA,

RG nº 00495815750 data de expedição 25/01/1999 Orgão Dethan-Pa

CPF nº 919.419.384-34, 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>RUA SG NOCIMA</u>	
Número	<u>174</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>S. José</u>	<u>ARUANA SEGUROS</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>	<u>16 NOV 2015</u>
Estado	<u>PE</u>	
CEP	<u>55815-141</u>	
Telefone de Contato	<u>(81) 3621-0568 / 99672-9843</u>	
E-mail	<u>marcosassessoriadeparat@gmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 26/11/15

Assinatura do Declarante:

