

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CÓDIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Yane Karla Guedes P. Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudia Sonho de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o No 1740.084.564-68, do sinistro de DPVAT cobertura Acidentes da Vítima Cláudia Sonho de Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o No 1740.084.564-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Vicente Henrique</u>	Número	<u>222</u>	Complemento	<u>3</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Timbaúba</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>centralpegrcife@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(81)998621.1713</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(81)986931975</u>

Recife, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Yane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s)
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 11:37

Nº registro: **59109**
Sexo: Masculino
Fone: 81988005141
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIACAO NO DORSO DO PE COM HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3ºE 4º MTD

CD: IMOBILIZACAO, TRANSFERENCIA

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

CONDUTA :

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5156649

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583, Data e Hora: 28/04/2017 11:47:25.



Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s)
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB, RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 10:22

Nº registro: 59109
Sexo: Masculino
Fone: 81988005141
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S907 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DO TORNOZELO E DO PÉ

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIACAO NO DORSO DO PE COM

HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3ºE 4º MTD

CD: IMOBILIZACAO, TRANSFERENCIA

Exame Físico:

Resultados de Exames:

Conduta:

Óbito: Não -

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA. CRM: 20583. Data e Hora: 28/04/2017 11:40:43.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, prontuário nº **108.8504**, admitido neste hospital em 29/04/2017 com diagnóstico de Fratura dos Ossos do Pé Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 03/05/2017.

Recife, 20 de Junho de 2017.


Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 12/05/2017 / 09:44 Convênio:
Intervalo: 4 SUS - AMB

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.112479



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Getúlio Vargas



Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:26:24 imp : ALICE

Pedido.: 384071 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

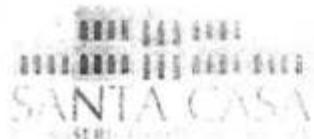
Exames solicitados: TPAE,

TEMPO DE PROTROMBINA

Data da Coleta: 28/04/2017

TEMPO DE PROTROMBINA...:	14,2	seg	13.2 Segundos
ATIVIDADE ENZIMÁTICA...:	86	%	70 - 130 %
I.N.R.....:	1,10		< 1.3

maria alice de souza
CRF - 01465



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S92

Recife, 03/05/2017


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
M.D. / P. / P. / P. / P. / P.
M.D. / P. / P. / P. / P. / P.
M.D. / P. / P. / P. / P. / P.



*3840
384071

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:05:11 imp : ANTONIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: HEMO.

HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 28/04/2017

Metodo Automatizado

ERITROGRAMA

HEMACIAS.....: 4.39
HEMOGLOBINA.....: 13.7
HEMATOCRITO.....: 39.6
V.C.M.....: 90.2
H.C.M.....: 31.2
C.H.C.M.....: 34.6
R.D.W.....: 11.8

milh/mm³ | → | + |
g/dL | → | + |
% | → | + |
fL | → | + |
pg | → | + |
uL | → | + |
% | → | + |

Homens	Mulheres	CRIANÇA
4.30-5.70	3.90-5.00	3.80-5.50
13.5-17.5	12.0-15.5	12.0-16.0
41.0-53.0	34.9-44.5	35.0-45.0
80.0-98.0	80.0-98.0	84.0-99.0
26.0-34.0	26.0-34.0	26.0-32.0
31.0-36.0	31.0-36.0	31.0-36.0
11.5-14.9	11.5-14.9	12.3-13.9

NORMOCITICA NORMOCROMICA

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....: 10.300
PROMIELOCITOS.....: 0
MIELOCITOS.....: 0
METAMIELOCITOS.....: 0
BASTONETES.....: 0
NEUTROFILOS.....: 81
EOSINOFILOS.....: 0
BASOFILOS.....: 0
LINFOCITOS TIPICOS.....: 14
LINFOCITOS ATIPICOS.....: 0
MONOCITOS.....: 5
PLASMOCITOS.....: 0
BLASTOS.....:

/mm³ | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
8343 | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
1442 | → | + |
0 | → | + |
515 | → | + |
0 | → | + |

Relativo %	Absoluto /mm ³
4.000 - 11.000	4.000 - 11.000
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	120 - 660
47.0 - 73.0	1.880 - 8.000
1.0 - 7.0	50 - 700
0.0 - 1.0	0 - 190
25.0 - 35.0	1.000 - 3850
0.0 - 0.0	0 - 0
4.0 - 9.0	100 - 990
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0

NEUTROFILIA RELATIVA E ABSOLUTA

PLAQUETAS.....: 274.000 /mm³
PLAQUETAS NORMAIS EM NUMERO E MORFOLOGIA

| → | + |

140.000 - 450.000

Dra. Antonieta Machado
Bisquitina
CRF 0.2015



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Getúlio Vargas



*3840
384071

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:57:27 imp : JULIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: NA,K,CLO,CO2,URE,CRE,GLI,

SÓDIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 139 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
137 - 145 mmol/L

POTÁSSIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 3,8 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
3,5 - 5,1 mmol/L

CLORETO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 92 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
98 - 107 mmol/L

BICARBONATO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 28 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
22 - 30 mmol/L

UREIA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 29 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 15 - 37 mg/dl
Masculino: 19 - 43 mg/dl

CREATININA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 0,67 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 0,70 - 1,20 mg/dl
Masculino: 0,80 - 1,50 mg/dl

GLICOSE

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 124 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
70 - 99 mg/dl


Dra. Julieta Cristina Araújo
Farmacêutica Bioquímica
CRF 00790

Relatório Médico de Alta

Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

Reg.: 501841 Pront.: 1088504

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 30/05/1971

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 45

Admissão: 29/04/2017 17:32

Alta: 03/05/2017 11:37

SANTA CASA

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz das Almas 159 - Santo Amaro - Recife - PE

Fone: (81) 3412-9430 | Email: sao.ca@caritasrecife.org.br

Site: www.santacasa.org.br

Admissão:

FRATURA EM 3º 4º MTT DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S92 FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO) | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPHAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA CO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SANTA MARIA	29/04/2017 17:32	03/05/2017 11:37	4 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias
- 2) Tomar medicação prescrita:
- 3) Realizar RX
- 4) Não pisar até 2º orde:n

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Data: 19/06/2017 / 08:33 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.143680

Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: .

SOLICITAÇÃO

RX PE OU PODODATILOS DIREITO


Dr. Adilson Salgado
Traumatologista-Ortopedista
CRM: 6218



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº:
10.572.048/0005-51
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

Cláive Sandro de Siqueira

DATA DE Nascimento:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

HGV - Hospital Getúlio Vargas

049736

Atendimento 428394

CNS: 702609776724448

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

Nascimento: 30/05/1971 Idade: 45 Anos GÉNERO: MASCULINO
Mae: EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA RG: 8800-5141
End: RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, Nr. 239 - COHAB
RECIFE - PE - CEP: 51310020
Data: 01/04/2017 Hora: 18:00 USUÁRIO: RAULITACOS

UF:

CEP:

INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Fevrente vítima de trauma em pé direito há 09 dias por grande de bato (sic) resultando em fratura de frotelaros.

EXAME FÍSICO:

BCC, exsudativo, esfibril.
MJD: Escoriace em pé direito, profundo mortido.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Anamnese + Ex fisiico + Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de 3º e 4º MTTD

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção Hospitalar

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

Transtorno - Ortopedia.

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA:

28/04/17

DATA:

Dr. Herison Viana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24.307

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIDADE PELO ENDOMONHAMENTO

Avenida General Benedito 401 - Cordero
Recife/PE - CEP: 50.680-080

DATA DO ENDOMONHAMENTO

Foram: 030.01.81948620

HGV.103411.2012

Bront: 1088504
S. Maria - 2 - 06 B

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 02/05/2017 / 12:29 Convênio:
Intervalo: 4 SUS - AMB

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 02/05/2017-12:29

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raqui

Accidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão dorsal;
4. Abordagem por planos;
5. Visualização do foco da fratura;
6. Realizado a redução cirúrgica da fratura. Realizado a osteossíntese com fio de kirschner, verificado boa posição dos implantes e boa estabilidade da fratura através de scopia;
7. Limpeza com SFO,9%;
8. Sutura;
9. Curativo;
10. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 05/05/2017 12:29:23.



Dr. Azarias Salgado
CRM: 6218

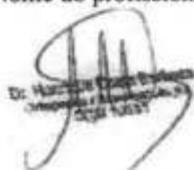
Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36
Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos do Pé Direito **CID:**

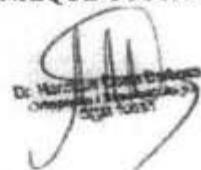
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)

Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB

Data do Internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36

Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura dos Ossos do Pé Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito CÓDIGO: 0408050713

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Azarias Salgado	6218
2	1. AUX CIRÚRGICO:		
3	2. AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Patrícia Guaurino	9189
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

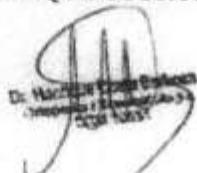
USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto há 07 dias, resultando em Fratura dos Ossos do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de correção cirúrgica.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

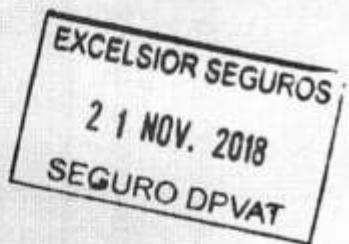
Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.



EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURÓ DPVAT



A rectangular stamp with a double-line border. The text 'EXCELSIOR SEGUROS' is at the top, '21 NOV. 2018' is in the center, and 'SEGURO DPVAT' is at the bottom.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

Nº registro: 59109

Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA

Fone: 81988005141

Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB. RECIFE - PE

Nº pág.: 1/1

Data/hora: 28/04/2017 - 10:18

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N074

28/04/2017 - MONIKE MUNIZ

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE

Especialidade: ORTOPEDIA

Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE

- ACIDENTE DE MOTO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMII - Ferimento

- DOR EM MID HÁ 05 DIAS APÓS QUEDA DE MOTO, EDEMA NO PÉ DIR. E FERIMENTOS

EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmHg Temperatura: °
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

OBSERVAÇÕES:

Evasão:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA. Data e Hora: 28/04/2017 10:20:36.



0421312118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 008^a CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8^aCIRC
 DIM/3^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0098000125**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às 11:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 23/4/2017 às 17:20

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 1** - Bairro: **IBURA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE)
 CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

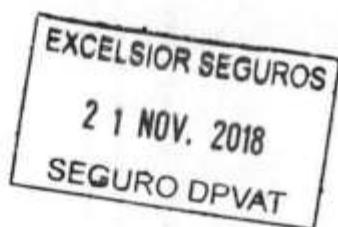
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA Pai: SEVERINO PEREIRA DE SIQUEIRA Data de Nascimento: 30/5/1971 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4103358/SSP/PE (RG), 77008456468 (ICPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Telefones Celulares:

- 987758113

Endereço Residencial: **RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, 239 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV5933** (PERNAMBUCO/RECIFE)
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

A VITIMA DECLARA QUE TRANSITAVA NA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA BR 101 SUL, NO IBURA SENTIDO PRAZERES, PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA PADRE CÍCERO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A RODOVIA REPENTINAMENTO, PROVOCANDO O ACIDENTE, A VITIMA DECLARA QUE NO MOMENTO QUE ATINGIU O ANIMAL, CAIU NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO PÉ DIREITO, NO TERCEIRO E QUARTO DEDO, E QUE A VITIMA SE LEVANTOU E FOI PARA SUA CASA E QUE DEVIDO AS DORES APÓS CINCO DIAS DO ACIDENTE, SE DIRIGIU A UPA DA LAGOA ENCANTADA ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583.

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

Clave Sandro de S. queira
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE MARCELO FELICIANO** - Matrícula: 3809439



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

470 084 564-68

Nome completo da vítima

Cláudia Sandoval de Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cláudia Sandoval de Siqueira	CPF titular da conta	470 084 564-68	Profissão	Eletricista
Endereço	Av. Expec. Leopoldino Novato	Número	239	Complemento	—
Bairro	Feijão	Cidade	Kenfe	Estado	PE
Email	—			CEP	51310-019
				Telefone (DDD)	(81) 9864-11713

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO. 0867

D/V

CONTA

NRO. 049052

D/V

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ NRO. _____

AGENCIA

NRO. _____

D/V

CONTA

NRO. _____

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

 Renif. 05 de Novembro de 2018
 Local e Data

Cláudia Sandoval de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

 EXCELSIOR SEGUROS
 21 NOV. 2018
 SEGURO DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Nº Sinistro: 3180547675
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547675**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00867

CONTA: 000000049052-7

Nr. da Autenticação 9CEF9606AA0926AC

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Cláive Sandro de Siqueira*, Brasileiro(a), estado Civil *solteiro*, profissão *eletricista de automóveis*, residente e domiciliado à Rua *Teófilo expedito Lourençino nº 239*, bairro *Lehão*, Município de *Recife*, Estado *PE*, Cep *51310-019*, Rg nº *41.033.58*, órgão emissor *SSP/PE* e CPF nº *770.084.564-68*

Outorgado(a): **Ayane Karla Guedes Pereira Silva**, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigário Henrique, 222, Centro, Cep:55870-000, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou *Cláive Sandro de Siqueira*, ocorrido em *23/04/17*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.



Recife, 07, de 02 de 2018

Cláive Sandro de Siqueira

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

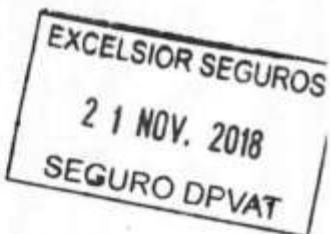
CARTÓRIO PORTA LARGA
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO

Conheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
CLÁIVE SANDRO DE SIQUEIRA Sou fá.
Jaboatão dos Guararapes, 07/02/2018 14:09:53 Em
Cartório de Registro Civil de Jaboatão
TOMÉ DONGIVAL BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
Valido somente com o selo 0077180.BHP02201802.01180
Valor: R\$ 3,39 TANR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79

Alen

Cartório Registro Civil de Jaboatão
2º Distrito de Jaboatão
Substituto
José Dongival Bezerra Cavalcanti

Consulte a Autenticidade em www.tpe.jus.br/telodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421312/18

Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF: 770.084.564-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2017

Titular do CPF: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA : 770.084.564-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

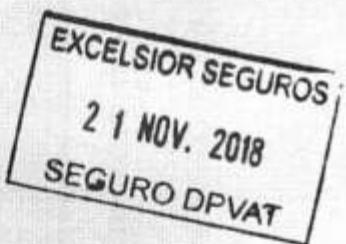
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00





A rectangular stamp with a double-line border. The text 'EXCELSIOR SEGUROS' is written in a bold, sans-serif font along the top edge. In the center, the date '21 NOV. 2018' is printed in a slightly smaller font. Along the bottom edge, the text 'SEGURO DPVAT' is written in a bold, sans-serif font.



Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s)
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB, RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 11:37

Nº registro: **59109**
Sexo: Masculino
Fone: 81988005141
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIACAO NO DORSO DO PE COM HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3ºE 4º MTD

CD: IMOBILIZACAO, TRANSFERENCIA

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

CONDUTA :

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5156649

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583, Data e Hora: 28/04/2017 11:47:25.



Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s)
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB, RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 10:22

Nº registro: 59109
Sexo: Masculino
Fone: 81988005141
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S907 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DO TORNOZELO E DO PÉ

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

TRAUMA CONTUSO NO TNZ E NO PE DIR HA 05 DIAS

NEGA FEBRE

AO EXAME: EDEMA IMPORTANTE NO TNZ E NO PE DIR COM ESCORIACAO NO DORSO DO PE COM

HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3ºE 4º MTD

CD: IMOBILIZACAO, TRANSFERENCIA

Exame Físico:

Resultados de Exames:

Conduta:

Óbito: Não -

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA. CRM: 20583. Data e Hora: 28/04/2017 11:40:43.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, prontuário nº **108.8504**, admitido neste hospital em 29/04/2017 com diagnóstico de Fratura dos Ossos do Pé Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 03/05/2017.

Recife, 20 de Junho de 2017.


Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 12/05/2017 / 09:44 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.112479



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Getúlio Vargas



Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:26:24 imp : ALICE

Pedido.: 384071 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: TPAE,

TEMPO DE PROTROMBINA

Data da Coleta: 28/04/2017

TEMPO DE PROTROMBINA...:	14,2	seg	13.2 Segundos
ATIVIDADE ENZIMÁTICA...:	86	%	70 - 130 %
I.N.R.....:	1,10		< 1.3

maria alice de souza
CRF - 01465



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S92

Recife, 03/05/2017


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 19531

Dr. Henrique Costa Barbosa
M. P. / P. Consultor
Santacasa



*3840
384071

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:05:11 imp : ANTONIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: HEMO.

HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 28/04/2017

Metodo Automatizado

ERITROGRAMA

HEMACIAS.....: 4.39
HEMOGLOBINA.....: 13.7
HEMATOCRITO.....: 39.6
V.C.M.....: 90.2
H.C.M.....: 31.2
C.H.C.M.....: 34.6
R.D.W.....: 11.8

milh/mm³ | → | + |
g/dL | → | + |
% | → | + |
fL | → | + |
pg | → | + |
uL | → | + |
% | → | + |

Homens	Mulheres	CRIANÇA
4.30-5.70	3.90-5.00	3.80-5.50
13.5-17.5	12.0-15.5	12.0-16.0
41.0-53.0	34.9-44.5	35.0-45.0
80.0-98.0	80.0-98.0	84.0-99.0
26.0-34.0	26.0-34.0	26.0-32.0
31.0-36.0	31.0-36.0	31.0-36.0
11.5-14.9	11.5-14.9	12.3-13.9

NORMOCITICA NORMOCROMICA

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....: 10.300
PROMIELOCITOS.....: 0
MIELOCITOS.....: 0
METAMIELOCITOS.....: 0
BASTONETES.....: 0
NEUTROFILOS.....: 81
EOSINOFILOS.....: 0
BASOFILOS.....: 0
LINFOCITOS TIPICOS.....: 14
LINFOCITOS ATIPICOS.....: 0
MONOCITOS.....: 5
PLASMOCITOS.....: 0
BLASTOS.....:

/mm³ | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
8343 | → | + |
0 | → | + |
0 | → | + |
1442 | → | + |
0 | → | + |
515 | → | + |
0 | → | + |

Relativo %	Absoluto /mm ³
4.000 - 11.000	4.000 - 11.000
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	120 - 660
47.0 - 73.0	1.880 - 8.000
1.0 - 7.0	50 - 700
0.0 - 1.0	0 - 190
25.0 - 35.0	1.000 - 3850
0.0 - 0.0	0 - 0
4.0 - 9.0	100 - 990
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0

NEUTROFILIA RELATIVA E ABSOLUTA

PLAQUETAS.....: 274.000 /mm³
PLAQUETAS NORMAIS EM NUMERO E MORFOLOGIA

| → | + |

140.000 - 450.000

Dra. Antonieta Macielo
Bioquímica
CRF 02015



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Getúlio Vargas



*3840
384071

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Prontuário.: 1049736
Leito....: MEDICAÇÃO
Idade....:
Impresso: 17:57:27 imp : JULIETA

Pedido.: 384071
Data.....: 28/04/2017
Procedência.: EMERGENCIA

Exames solicitados: NA,K,CLO,CO2,URE,CRE,GLI,

SÓDIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 139 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
137 - 145 mmol/L

POTÁSSIO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 3,8 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
3,5 - 5,1 mmol/L

CLORETO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 92 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
98 - 107 mmol/L

BICARBONATO

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 28 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA
22 - 30 mmol/L

UREIA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 29 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 15 - 37 mg/dl
Masculino: 19 - 43 mg/dl

CREATININA

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 0,67 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
Feminino: 0,70 - 1,20 mg/dl
Masculino: 0,80 - 1,50 mg/dl

GLICOSE

Data da Coleta: 28/04/2017

RESULTADO.....: 124 mg/dl

VALOR DE REFERÊNCIA
70 - 99 mg/dl


Dra. Julieta Cristina Araújo
Farmacêutica Bioquímica
CRF 00790

Relatório Médico de Alta

Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

Reg.: 501841 Pront.: 1088504

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 30/05/1971

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 45

Admissão: 29/04/2017 17:32

Alta: 03/05/2017 11:37

SANTA CASA

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz das Almas 159 - Santa Amaro - Recife - PE

Fone: (81) 3412-9430 | Email: sao.ca@caritasrecife.org.br

Site: www.santacasadorecife.org.br

Admissão:

FRATURA EM 3º 4º MTT DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S92 FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO) | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPHAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA CO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SANTA MARIA	29/04/2017 17:32	03/05/2017 11:37	4 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr.º AZARIAS para 15 dias
- 2) Tomar medicação prescrita:
- 3) Realizar RX
- 5) Não pisar até 2º orde/n

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA** N° Registro:501841 N° Protuario:1088504 Sexo: Masculino Idade:46 ano (s)
Data: 19/06/2017 / 08:33 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.143680

Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: .

SOLICITAÇÃO

RX PE OU PODODATILOS DIREITO


Dr. Adilson Salgado
Traumatologista-Ortopedista
CRM: 6218



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº:
10.572.048/0005-51
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH.

CARTÃO SUS:

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

Cláive Sandro de Siqueira

DATA DE Nascimento:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

HGV - Hospital Getúlio Vargas

049736

Atendimento 428394

CNS: 702609776724448

Paciente: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

Nascimento: 30/05/1971 Idade: 45 Anos MASCULINO
Mae: EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA 8800-5141
End: RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, Nr. 239 - COHAB
RECIFE - PE - CEP: 51310020

Pronto: 812 FLANTONIETTA HGV DATA: 28/04/2017 Hh: 18:00 USUÁRIO: RAULITACOS

UF: CEP:

INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Fevrente vítima de trauma em pé direito há 09 dias por grande de bato (sic) resultando em fratura de tretafissos.

EXAME FÍSICO:

BCC, exsangu, eftíbil
UD: frangide em pé direito, profuso sangramento.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Anamnese + Ex fisi + Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de 3º e 4º MTTD

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação Hospitalar

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

Transtorno - Ortopedia.

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA:

28/04/17

DATA:

Dr. Herison Viana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24.307

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIDADE PELO ENDOMONHAMENTO

Avenida General Ben Mere: 401 - Cordero
Recife/PE - CEP: 50.680-080

DATA DO ENDOMONHAMENTO

Fone: (81) 31948820

HGV.1004.1.2017

Pront: 1088504
S. Maria - 2 - 06 B

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 02/05/2017 / 12:29 Convênio:
Intervalo: 4 SUS - AMB

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 02/05/2017-12:29

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raqui

Accidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão dorsal;
4. Abordagem por planos;
5. Visualização do foco da fratura;
6. Realizado a redução cirúrgica da fratura. Realizado a osteossíntese com fio de kirschner, verificado boa posição dos implantes e boa estabilidade da fratura através de scopia;
7. Limpeza com SFO, 9%;
8. Sutura;
9. Curativo;
10. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 05/05/2017 12:29:23.



Dr. Azarias Salgado
CRM: 6218

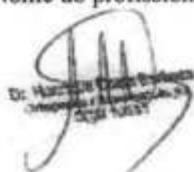
Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36
Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos do Pé Direito **CID:**

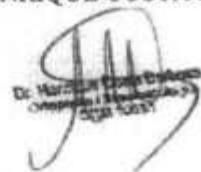
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

Nº Registro: 501841 Nº Protuario: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)

Data: 05/05/2017 / 12:17 Convênio: SUS - AMB

Data do Internamento: 29/04/2017 17:32 Data da alta: 03/05/2017 17:36

Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura dos Ossos do Pé Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Pé Direito CÓDIGO: 0408050713

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Azarias Salgado	6218
2	1. AUX CIRÚRGICO:		
3	2. AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Patrícia Guaurino	9189
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

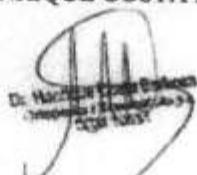
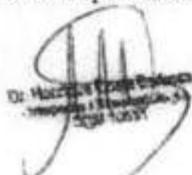
USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto há 07 dias, resultando em Fratura dos Ossos do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de correção cirúrgica.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/05/2017 12:18:29.



EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURÓ DPVAT

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CÓDIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Yiyane Karla Guedes P. Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudia Sonharia de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o No 1740.084.564-68, do sinistro de DPVAT cobertura Automóvel da Vítima Cláudia Sonharia de Siqueira, inscrito (a) no CPF sob o No 1740.084.564-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Vicente Henrique</u>	Número	<u>222</u>	Complemento	<u>3</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Timbaúba</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>Centralpegrceife@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(81)998621.1713</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(81)986931975</u>

Recife, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Yiyane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JÃO 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
ANGELA JOSE BARBOSA
CPF: 028.969.464-70

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV EXPED LAURENTINO NONATO 239
COHAB/RECIFE
51310-019 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO
31/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
87,38

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5D83.BBEF.410F.4A5D.A7EC.A223.8466.A587

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	94,00	0,73068086	68,68
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,58
Contrib. ilum. Pública Municipal			11,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 028685839-21/08/18			0,58
TOTAL DA FATURA			87,38

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Reav	Valor
31/10/18	20/10/18	90,35

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restringentes de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO				
	Consumo Ativo(kWh)	0,32156000	kWh	OUT	18
				SET	18
				AGO	18
				JUL	18
				JUN	18
				MAJ	18
				ABR	18
				MAR	18
				FEV	18
				JAN	18
				DEZ	17
				NOV	17
				OUT	17

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	RS	%
Geração de Energia	26,62	35,36
Transmissão	3,25	4,33
Distribuição (Celpe)	15,18	20,17
Encargos Salariais	3,91	5,20
Tributos	21,53	28,61
TOTAL	75,26	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		AJUSTE
OP91527	CAT	19/09/2018	19.801,00	20/10/2018	19.895,00	31	1,00000
							0,00
							94,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia		0,23	5,87	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		2,08	3,23	6,47	12,95
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,16	2,86	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DICR: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,88					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! acougue sao rafael: av pernambuco 05 ibura / mercadinho super cumaru ltda: rua monte pascal 106 cohabs lista completa em www.celpe.com.br."
Na data da 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 no 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.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001820356019	10/2018	87,38	31/10/2018	



Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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
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
GEOVANO GAIANO BORBA
CPF: 780.656.404-78

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VIG HENRIQUE 222-B
CENTRO/TIMBAUBA
55870-000 TIMBAUBA 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 12/09/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/09/2018	CONTA CONTRATO 007004026599
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/09/2018	Nº DO CLIENTE 2001121529
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 030342543	Nº DA INSTALAÇÃO 0005229397
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 6C12.4BF2.7DFC.9D88.9B40.2CFB.CA37.2312		

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	69,00	0,75282909	51,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 019154825-06/06/18			0,68
Devolução Pagamento em Duplicidade			63,74
TOTAL DA FATURA			0,00

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

Vencido	Dt. Reinv.	Valor
13/08/18	04/09/18	78,41
12/07/18	06/08/18	71,90

Em caso de não pagamento do 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		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000		kWh
SET	18	69	
AGO	18	80	
JUL	18	71	
JUN	18	110	
MAI	18	180	
ABR	18	251	
MAR	18	232	
FEV	18	201	
JAN	16	159	
DEZ	17	227	
NOV	17	232	
OUT	17	151	
SET	17	161	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003010170129	CAT	06/08/2018	12.061,00	04/09/2018	12.130,00	29	1.00000	0,00	69,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		Jul/2018			
DIC-No de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	6,15	12,30	24,60
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DIC/PS: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,99					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! comercial alvino: r coronel antônio vicente 89 centro / comercial alvino:
r monsenhor jose marques da fonseca 71 apt01
Na data da 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 no nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res-414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. 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.

DESTAQUE AQUI

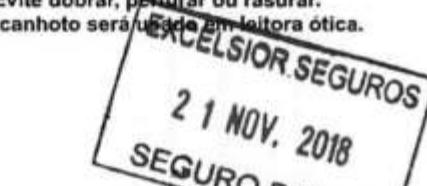
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004026599	09/2018	0,00	12/09/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado em leitora ótica.



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

elaine Sondro de Siqueira

CPF da Vítima

770 084 564-68

Data do Acidente

23/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(81) 998668833

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.

Recife, 05 de Novembro de 2018

Local e Data

 EXCELSIOR SEGUR
 21 NOV. 2018
 SEGURO DPVAT

elaine Sondro de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROCURAÇÃO

Outorgante: Cláive Sandro de Siqueira....., Brasileiro(a), estado Civil....., profissão....., residente e domiciliado à Rua....., nº....., bairro....., Municipio de....., Estado....., Cep....., Rg nº....., órgão emissor..... e CPF nº.....

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigario Henrique, 222, Centro, Cep:55870-000, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou..... em..... acidente de trânsito, o (a) Sr.(a)....., ocorrido em....., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.



Recd., 07, de 02 de 2018

Cláive Sandro de Siqueira

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO PORTA LARGA
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
CLÁIVE SANDRO DE SIQUEIRA Sou fá.
Jaboatão dos Guararapes, 07/02/2018 14:09:53 Em
Cartório Registro Civil
JOSÉ DONGIVAL BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
Valido somente com o selo 0077180.BHP02201802.01180
Preço: R\$ 3,39 TANR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79

Rua Professor Plácido Leme, n. 54, Prazeres
Jaboatão dos Guararapes-PE
CEP: 54335-085 - Fone: (81) 3467-1048

Consulte a Autenticidade em www.tpe.jus.br/telodigital

Cartório Registro Civil
2º Distrito de Jaboatão
José Dongival Bezerra Cavalcanti
SUBSTITUTO

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURADO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421312/18

Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF: 770.084.564-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2017

Titular do CPF: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA : 770.084.564-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Nº Sinistro: 3180547675
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547675**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

470 084 564-68

Nome completo da vítima

Cláudia Sondio de Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cláudia Sondio de Siqueira	CPF titular da conta	470 084 564-68	Profissão	Eletricista
Endereço	XV. Expec. Laurentino Nonato	Número	239	Complemento	—
Bairro	Feijão	Cidade	Reuf	Estado	PE
Email	—			CEP	51310-019
				Telefone (DDD)	(81) 9864-11713

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 AGENCIA
NRO.

D/V

 CONTA
NRO.

D/V

0867

049052

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ NRO. _____

 AGENCIA
NRO.

D/V

 CONTA
NRO.

D/V

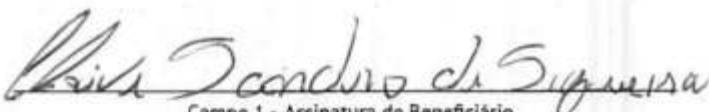
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Reuf, 05 de Novembro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





0421312118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 008^a CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8^aCIRC
 DIM/3^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0098000125

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às 11:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2017** às **17:20**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 1** - Bairro: **IBURA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

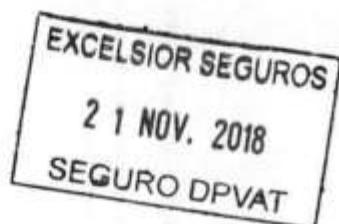
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

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

CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mae: **EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA** Pai: **SEVERINO PEREIRA DE SIQUEIRA** Data de Nascimento: **30/5/1971**
 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4103358/SSP/PE (RG)**, **77008456468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares:

- **987758113**

Endereço Residencial: **RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, 239 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV5933** (PERNAMBUCO/RECIFE)
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

A VITIMA DECLARA QUE TRANSITAVA NA SUA MOTOCICLETA NA RODOVIA BR 101 SUL, NO IBURA SENTIDO PRAZERES, PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA PADRE CÍCERO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A RODOVIA REPENTINAMENTO, PROVOCANDO O ACIDENTE, A VITIMA DECLARA QUE NO MOMENTO QUE ATINGIU O ANIMAL, CAIU NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO PÉ DIREITO, NO TERCEIRO E QUARTO DEDO, E QUE A VITIMA SE LEVANTOU E FOI PARA SUA CASA E QUE DEVIDO AS DORES APÓS CINCO DIAS DO ACIDENTE, SE DIRIGIU A UPA DA LAGOA ENCANTADA ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583.

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

Clave Sandro de S. queira
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE MARCELO FELICIANO** - Matrícula: **3809439**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

Nome Completo da Vítima
Elaine Sondro de Siqueira

CPF da Vítima

CPF da Vítima
7770 084-564-63

Data do Acidente

Data do Acidente
23/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinale a(s) opção(s) 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.

Peife 05 de Novembre de 18
Local e Data

Local e Data

EXCELSIOR SEGUR
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Clarice Sandro de Siqueira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campos 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547675 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º DO METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Nome: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
Dt. Nasc.: 30/05/71 - 45 ano (s)
Mãe: EROTILDES LEANDRO DE SIQUEIRA
Endereço: TV EXPEDICIONÁRIO LAURENTINO NONATO, nº 239, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 28/04/2017 - 10:18

Nº registro: 59109
Sexo: Masculino
Fone: 81988005141
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N074

28/04/2017 - MONIKE MUNIZ

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE

- ACIDENTE DE MOTO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMII - Ferimento

- DOR EM MID HÁ 05 DIAS APÓS QUEDA DE MOTO, EDEMA NO PÉ DIR. E FERIMENTOS

EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmHg Temperatura: °
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

OBSERVAÇÕES:

Evasão:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MONIKE MUNIZ DE SIQUEIRA. Data e Hora: 28/04/2017 10:20:36.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00867

CONTA: 000000049052-7

Nr. da Autenticação 9CEF9606AA0926AC

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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

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
GEOVANO GAIANO BORBA
CPF: 780.656.404-78
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VIG HENRIQUE 222-B
CENTRO/TIMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA 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 12/09/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/09/2018	CONTA CONTRATO 007004026599
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/09/2018	Nº DO CLIENTE 2001121529
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 030342543	Nº DA INSTALAÇÃO 0005229397
RESERVADO AO FISCO 6C12.4BF2.7DFC.9D88.9B40.2CFB.CA37.2312		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	69,00	0,75282909	51,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 019154825-06/06/18			0,68
Devolução Pagamento em Duplicidade			63,74-
TOTAL DA FATURA			0,00

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

Vencido	Dt. Reinv.	Valor
13/08/18	04/09/18	78,41
12/07/18	06/08/18	71,99

Em caso de não pagamento do 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	HISTÓRICO DO CONSUMO	
		kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000	
SET	18	69
AGO	18	80
JUL	18	71
JUN	18	110
MAI	18	180
ABR	18	251
MAR	18	232
FEV	18	201
JAN	18	159
DEZ	17	227
NOV	17	232
OUT	17	151
SET	17	161

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003010170129	CAT	06/08/2018	12.061,00	04/09/2018	12.130,00	29	1.00000	0,00	69,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
jul/2018								
DIC-No de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	6,15	12,30	24,60			
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70			
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	0,00	0,00			
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DIC/PI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,99								
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! comercial alvino: r coronel antonio vicente 89 centro / comercial alvino:
r monsenhor jose marques da fonseca 71 apt01
Na data da 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 no nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. 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.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/JANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004026599	09/2018	0,00	12/09/2018	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

