

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&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Ayane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009847614, 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claire Jonhso de Liqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 170084564, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Quilômetro da Vítima Claire Jonhso de Liqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 170084564, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Virgílio Henrique</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pimbaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email <u>centralsegrecife@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>18198621.1213</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)986937975</u>

Recife 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Ayane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante





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

Data/hora: 28/04/2017 - 11:37

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 ESCORIAÇÃO NO

DORSO DO PE COM HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3º E 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

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 I

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5156649

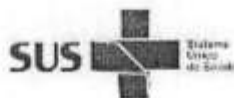
Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583



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.

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



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

Data/hora: 28/04/2017 - 10:22

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 ESCORIAÇÃO NO DORSO DO PE COM

HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3ºE 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

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 Itajaí, 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

Dr^a 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 Protuário: 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 cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.112479



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
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: TPAP,

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
CRP - 01485



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
R. de 19.177 - Santo Amaro
1563-3800



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



*38407
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.

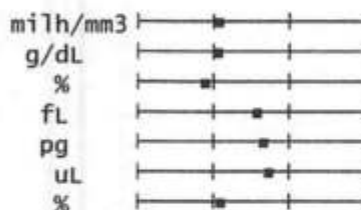
HEMOGRAMA COMPLETO

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



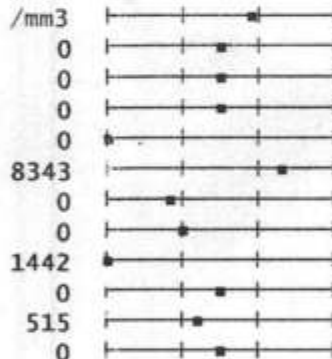
Homens | Mulheres | CRIANÇA

Homens	Mulheres	CRANÇA
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.....:



Relativo %	Absoluto	/mm
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

Dr. Antonieta Maciel
Bioquímica
CRF 02015



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



***384071**
384071

Paciente: CLAIWE 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

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 MÚLTIPLAS 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 exame

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 Protuário: 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 cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.143680



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 N° Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: ,

SOLICITAÇÃO

RX PE OU PODODATILOS DIREITO


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

Carimbo circular da Santa Casa de Misericórdia do Recife, com o nome 'Santa Casa de Misericórdia do Recife' e o ano '2017'.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



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:

Claive Sandro de Siqueira

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

HQV - Hospital Getúlio Vargas



049736

Atendimento: 428394

CNS: 702609776724448

Paciente: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**

Nascimento: 30/05/1971 Idade: 45 Anos Sexo: MASCULINO

Mae: EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA CPF: 8800-5141

End: RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, Nº. 239 - COHAS

RECIFE - PE - Cep: 51310020

Fone: 812 PLANTONISTA NOV. HEM: 25042017. De 18:00 USUÁRIA: RAULATACER

UF:

CEP:

INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de trauma em pé direito há 04 dias por queda de moto (bic), resultando em fratura de metatarsos

EXAME FÍSICO:

BGG, membros, e membros inferiores. MTID: Esquerda em pé direito, perfura mantida.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Anamnese + Ex. físico + Raio X

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de 3º e 4º MTID

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

Trauma - ortopedico.

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA:

28.04.17

DATA:

____/____/____

Dr. Harrison Viana
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 24.307

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.690-000
Fone: (081) 31948600

DATA DO ENCAMINHAMENTO

HQV.1004 V.1.2012.

*Pront: 1088504
S. Maria - 2 - 06 B*



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 Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 02/05/2017 / 12:29 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

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

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia 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 SF0,9%;
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
Assinado digitalmente
CRM: 6218



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 Protuário: 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.

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 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,

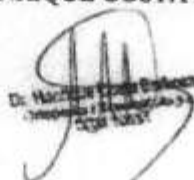
RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto há 07 dias, resultando em Fratura dos Ossos do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

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.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1420943102

PROIBIDO PLASTIFICAR
1420943102

PERNAMBUCO

Nome: **CLAUVE SANDRO DE SIQUEIRA**

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **4103358 SSP PE**

CPF: **770.084.564-68**

DATA NASCIMENTO: **30/05/1971**

FILIAÇÃO: **SEVERINO PEREIRA DE SIQUEIRA**
EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA

PERMISSÃO: **AC** CAT. HAB. **AH**

Nº REGISTRO: **00550519071**

VALIDADE: **07/02/2022**

HABILITAÇÃO: **15/03/1999**

OBSERVAÇÕES:
SEM observações

Assinatura do Portador: *Clauve Sandro de Siqueira*

LOCAL: **JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

DATA EMISSÃO: **20/02/2017**

Assinatura do Emissor: *Charles Anderson Santos Ribeiro*
Ressane E. Costa

19374861434
PE077357051

PERNAMBUCO

DEACALAPAM

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRÁFICO DE VEÍCULOS
 DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

NOME: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**
 DOC. IDENTIFIC. DOB. EMISSÃO: **5968743 SSP PE**
 CPF: **009.847.614-99** DATA NASCIMENTO: **26/07/1983**
 RESIDÊNCIA: **JAIR MARCOS DE MORAES PEREIRA**
ALDELIYA GUEDES DE OLI VEIRA
 PERMITE: **VEICULO**
 CATEGORIA: **VEICULO** CATEGORIA: **VEICULO**
 Nº REGISTRO: **0898244932** VALOR: **24/07/2018** TRANSFERIDO: **12/02/2018**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1679685141

ASSINATURA DO TITULAR: *Ayane Karla Guedes Pereira*
 LOCAL: **YIMBAURA, PE** DATA EMISSÃO: **24/07/2018**
 DIRETOR: *Dr. Anderson Costa Ribeiro*
 SECRETÁRIO: *Dr. Anderson Costa Ribeiro*
 6708887391
 02084414853
PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
 21 NOV. 2018
 SEGURO DPVAT

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

Valoração 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 MENDONÇA

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

Valoração 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

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

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.

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



0421312/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008ª CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8ªCIRC
DIM/3ªDESEC

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 - Culposos (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

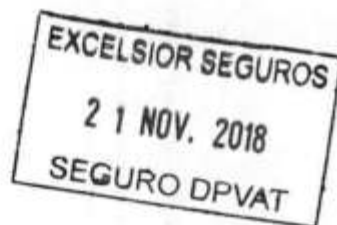
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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 Mãe: 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: **- 967758113**

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, PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA PADRE CÍCERO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A RODOVIA REPENTINAMENTE, PROVOCANDO O ACIDENTE, A VITIMA DECLARA QUE NO MOMENTO QUE ATINGIU O ANIMAL, CAIU NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO PÉ DIREIRO, 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


CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
(VITIMA)


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

Assinatura



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

770 084 564-68

Nome completo da vítima

Cláudio Sandoval de Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cláudio Sandoval de Siqueira	CPF titular da conta	770 084 564-68	Profissão	Eletricista
Endereço	Av. Exped. Laurentino Gomes	Número	239	Complemento	
Bairro	Lehal	Cidade	Reife	Estado	PE
Email		CEP	51310-009	Telefone (DDD)	(81) 9864.1713

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0867

D/V

CONTA

NRO.

049052

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

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.

Reife, 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Cláudio Sandoval de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Carta nº 13625079



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: Claive Sandro de Siqueira, Brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão eletricista de auto, residente e domiciliado à Rua Te. exequito Laurentino roato, nº 239, bairro cohab, Município de: Recife, Estado PE, Cep: 51310-019, Rg nº 4103358, 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 em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Claive 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

20.18

Claive Sandro de Siqueira

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421312/18

Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF: 770.084.564-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2017

Titular do CPF: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF de: Próprio

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Valoração 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 MENDONÇA

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

Valoração 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO

Nome: **AYANE KARLA GUEDES FERREIRA SILVA**

CPF: **009.847.614-93** **Data Nascimento:** **26/07/1982**

Residência: **JAIR MARCOS DE MORAES**
FERREIRA
ALDEIA GUEDES DE OLI
VEIRA

CPF: **0898244952** **Data Emissão:** **24/07/2018** **Data Validade:** **12/02/2019**

Assinatura do Titular: *Ayane Karla Guedes Ferreira Silva*

Local: **TIMBAUBA, PE** **Data Emissão:** **24/07/2018**

Assinatura do Autorizador: *[Assinatura]*

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



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

Data/hora: 28/04/2017 - 11:37

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 ESCORIAÇÃO NO

DORSO DO PE COM HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3º E 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

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 I

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5156649

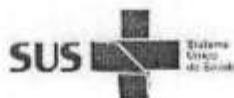
Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM:20583



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.

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



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

Data/hora: 28/04/2017 - 10:22

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 ESCORIAÇÃO NO DORSO DO PE COM

HIPEREMIA. ADM DO TNZ LIVRE

RX COM FRATURA DESVIADA DOS 3ºE 4º MTD

CD: IMOBILIZAÇÃO, TRANSFERÊNCIA

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

Dr^a 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 Protuário: 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 cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.112479



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
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: 26/04/2017

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 - 01485



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
R. de 19.177 - Santo Amaro
1506-1508



*38407
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.

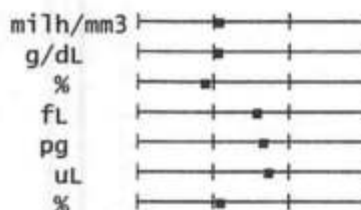
HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 28/04/2017

Método 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



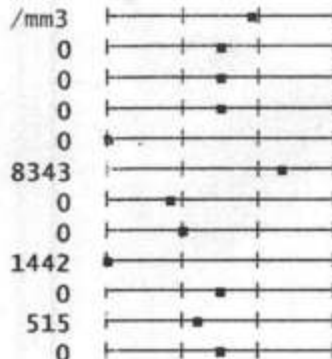
Homens | Mulheres | CRIANÇA

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.....:



Relativo % Absoluto /mm

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

NEUTROFILIA RELATIVA E ABSOLUTA

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



140.000 - 450.000

Dra. Antonieta Maciel
Biotécnica
CRF 02015



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



*384071
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

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 MÚLTIPLAS 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 exame

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 Protuário: 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 cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.143680

Nome: CLAIWE SANDRO DE SIQUEIRA
Nº Registro: 501841 N° Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: ,

SOLICITAÇÃO

RX PE OU PODODATILOS DIREITO


Dr. Aranes Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
**HOSPITAL
Getúlio Vargas**



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:

Cláudio Sandro de Siqueira

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

HQV - Hospital Getúlio Vargas



049736

Atendimento: 428394

CNS: 702609776724448

Paciente: CLÁUDIO SANDRO DE SIQUEIRA

Nascimento: 30/05/1971 Idade: 45 Anos Sexo: MASCULINO

Mae: EROTIDES LEANDRO DE SIQUEIRA CPF: 8800-5141

End: RUA EXPEDICIONARIO LAURENTINO NONATO, Nº 239 - COHAB

RECIFE - PE - Cep: 51310020

Fone: 812 PLANTONISTA NOV. HEM: 2504/2017. De 18:00 USUÁRIA: RAUL TACCH

UF:

CEP:

INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de trauma em pé direito há 04 dias por queda de moto (bic), resultando em fratura de metatarsos

EXAME FÍSICO:

*BGG, membros, efronil
MTD - Escoriação em pé direito, perfura mantida.*

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Anamnese + Ex. físico + Raio X

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de 3º e 4º MTD

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

Trauma - ortopedico.

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA:

28.04.17

DATA:

____/____/____

Dr. Harrison Viana
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 24.307

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

Avenida General San Martin s/n - Candeia
Recife/PE - CEP 50.890-080
Fone: (081) 31848600

HQV.1004 V.1.2012.

*Pront: 1088504
S. Maria - 2 - 06 B*



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 Protuário: 1088504 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 02/05/2017 / 12:29 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 4

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

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia 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 SF0,9%;
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.

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
CRM: 6218



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 Protuário: 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.

Nome: **CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA**
Nº Registro: 501841 Nº Protuário: 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	:	

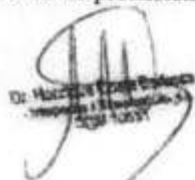
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

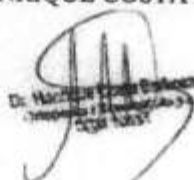
RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto há 07 dias, resultando em Fratura dos Ossos do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

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.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



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&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Ayane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009847614, 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claire Jonhso de Liqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 1770084564, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Quilômetro da Vítima Claire Jonhso de Liqueira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 1770084564, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Virgílio Henrique</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pimbaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email <u>centralsegrecife@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>18198621.1213</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)986937975</u>

Recife 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Ayane Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante



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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE

ANGELA JOSE BARBOSA

CPF: 028.969.464-70

ENDEREÇO 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

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
20/10/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
036114616

CONTA CONTRATO

001820356019

Nº DO CLIENTE
2002573123Nº DA INSTALAÇÃO
0002963919

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	94,00	0,73068086	68,68
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 028585839-21/08/18			0,58
TOTAL DA FATURA			87,38

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
01/10/18	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/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

					kWh
OUT 18		94			
SET 18		89			
AGO 18		88			
JUL 18		94			
JUN 18		86			
MAI 18		103			
ABR 18		99			
MAR 18		122			
FEV 18		124			
JAN 18		54			
DEZ 17		114			
NOV 17		118			
OUT 17		82			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,82	35,38
Transmissão	3,25	4,32
Distribuição (Celpe)	15,18	20,17
Encargos Setoriais	3,91	5,28
Tributos	21,53	28,81
TOTAL	75,26	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,26	25,00	18,81	75,26	0,64	0,48	75,26	2,98	2,24

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
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

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2018					
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	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,16	2,96	0,00	0,00	
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,88					
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC 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 pascoal 106 cohabLista 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 do 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.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

838000000009 873800110010 820356019107 154413698438



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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE GEOVANO GAIAO BORBA CPF: 780.656.404-78		DATA DE VENCIMENTO 12/09/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/09/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/09/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 030342643		CONTA CONTRATO 007004026599 Nº DO CLIENTE 2001121529 Nº DA INSTALAÇÃO 0005229397	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VIG HENRIQUE 222 –B CENTRO/TIMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO 6C12.4BF2.7DFC.9D88.9B40.2CFB.CA37.2312					
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							

DESCRICAÇÃO 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 019154825-05/06/18			0,68
Devolução Pagamento em Duplicidade			63,74
TOTAL DA FATURA			0,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS			PIS			COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
56,91	25,00	14,22	56,91	1,03	0,58	56,91	4,69	2,66	

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):		
Vencido	Dt Receb	Valor
13/06/18	04/06/18	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 a fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000		
		SET 18	68
		AGO 18	60
		JUL 18	71
		JUN 18	110
		MAI 18	196
		ABR 18	251
		MAR 18	232
		FEV 18	201
		JAN 18	159
		DEZ 17	227
		NOV 17	232
		OUT 17	151
		SET 17	161

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	19,35	34,38
Transmissão	2,38	4,18
Distribuição (Célula)	11,15	19,59
Encargos Setoriais	2,87	5,04
Tributos	17,46	30,88
TOTAL	56,91	100

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	06/06/2018	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	8,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,99					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de você! comercial alvino: r coronel antonio vicente 69 centro / comercial alvino: r monsenhor jose marques da fonseca 71 apt01</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>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.</p>	<table> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEL DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEL DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

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.

será usada em leitora ótica.

EXCELSIOR.SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DE

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

Cláudio Sando de Siqueira

CPF da Vítima

770 084 564 68

Data do Acidente

23/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99866.8333

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.

Peixe 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Cláudio Sando de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PROCURAÇÃO

Outorgante: Claive Sandro de Siqueira, Brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão eletricista de auto, residente e domiciliado à Rua Te. exposito Laurentino rocha, nº 239, bairro cohab, Município de: Recife, Estado PE, Cep: 51310-019, Rg nº 4103358, 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 em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Claive 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

Claive Sandro de Siqueira

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421312/18

Vítima: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF: 770.084.564-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2017

Titular do CPF: CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA

CPF de: Próprio

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

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13625079



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

770 084 564-68

Nome completo da vítima

Elaine Sandoval de Siqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Elaine Sandoval de Siqueira		CPF titular da conta	770 084 564-68	Profissão	Eletricista
Endereço	Av. Exped. Laurentino Gomes		Número	239	Complemento	
Bairro	Lehah	Cidade	Reife	Estado	PE	CEP
Email						51310-009
						Telefone (DDD)
						(81) 9864.1713

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0867

D/V

CONTA

NRO.

049052

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

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.

Reife, 05 de Novembro de 2018

Local e Data

Elaine Sandoval de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





0421312/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008ª CIRCUNSCRIÇÃO - JORDÃO - DP8ªCIRC
DIM/3ªDESEC

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 - Culposos (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

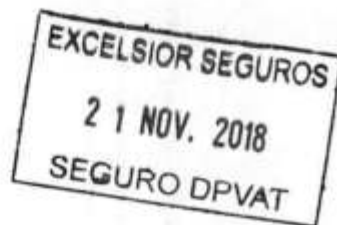
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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 Mãe: 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: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 967758113**

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, PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA PADRE CÍCERO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A RODOVIA REPENTINAMENTE, PROVOCANDO O ACIDENTE, A VITIMA DECLARA QUE NO MOMENTO QUE ATINGIU O ANIMAL, CAIU NO ASFALTO SOFRENDO FRATURA NO PÉ DIREIRO, 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

Claive Sandro de Siqueira
CLAIVE SANDRO DE SIQUEIRA
(VITIMA)


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

Imprimir



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

Cláudio Sando de Siqueira

CPF da Vítima

770 084 564 68

Data do Acidente

23/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99866.8333

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.

Peixe 05 de Novembro de 2018
Local e Data



Cláudio Sando de Siqueira
Campo 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

Valoração 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 MENDONÇA

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

Valoração 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

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

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.

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

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE

ANGELA JOSE BARBOSA

CPF: 028.969.464-70

ENDEREÇO 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

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
20/10/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
036114616

CONTA CONTRATO

001820356019

Nº DO CLIENTE
2002573123Nº DA INSTALAÇÃO
0002963919

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	94,00	0,73068086	68,68
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 028585839-21/08/18			0,58
TOTAL DA FATURA			87,38

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
01/10/18	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/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

					kWh
OUT 18		94			
SET 18		89			
AGO 18		88			
JUL 18		94			
JUN 18		86			
MAI 18		103			
ABR 18		99			
MAR 18		122			
FEV 18		124			
JAN 18		54			
DEZ 17		114			
NOV 17		118			
OUT 17		82			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,82	35,36
Transmissão	3,25	4,32
Distribuição (Celpe)	15,18	20,17
Encargos Setoriais	3,91	5,28
Tributos	21,53	28,61
TOTAL	75,26	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,26	25,00	18,81	75,26	0,64	0,48	75,26	2,98	2,24

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

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

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
ago/2018					
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
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,16	2,86	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,88					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC 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 pascoal 106 cohabitLista 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 do 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

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

838000000009 873800110010 820356019107 154413698438



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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvirador 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GEOVANO GAIÃO BORBA CPF: 780.656.404-78		DATA DE VENCIMENTO 12/09/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/09/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/09/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 030342643		CONTA CONTRATO 007004026599 Nº DO CLIENTE 2001121529 Nº DA INSTALAÇÃO 0005229397	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VIG HENRIQUE 222 –B CENTRO/TIMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO 6C12.4BF2.7DFC.9D88.9B40.2CFB.CA37.2312					
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							

DESCRICAÇÃO 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

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
56,91	25,00	14,22	56,91	1,03	0,58	56,91	4,69	2,66

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):		
Vencido	Dt Receb	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 SPCE 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		
		SET 18	69
		AGO 18	80
		JUL 18	71
		JUN 18	110
		MAJ 18	190
		ABR 18	251
		MAR 18	232
		FEV 18	201
		JAN 18	159
		DEZ 17	227
		NOV 17	232
		OUT 17	151
		SET 17	161

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	19,35	34,38
Transmissão	2,38	4,18
Distribuição (Célula)	11,15	19,59
Encargos Setoriais	2,87	5,04
Tributos	17,48	30,88
TOTAL	36,91	100

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	06/06/2018	12.061,00	04/09/2018	12.130,00	29	1,00000	0,00	69,00	

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	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 continua		0,00	3,63	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICR: 12,22			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,99					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comercial alvino: r coronel antonio vicente 69 centro / comercial alvino: r mosenhor 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 do 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.

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

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.

EXCELSIOR.SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DE...