

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553323 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/05/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.
Nascimento:

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-2-3-4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553323

Vítima: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553323

Vítima: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000027294-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 04818701483 Nome completo da vítima: Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento CPF: 04818701483

Profissão: Recusor Endereço: R. João Felix dos Santos Número: 08 Complemento: _____

Bairro: Postamentos Planalto Cidade: Gravata Estado: PE CEP: 55640-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 81 99228-5097

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 27294 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nos documentos apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Gravata 20 maio 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC
DINTER1/12ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152001881**

52544
0178054

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2019** às **11:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/5/2019** às **08:06**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, EM FRENTE AO CLETO CAMPELO** - Bairro:
CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
RIVALDO TEIXEIRA DA SILVA (NOTICIANTE)
RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO**



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

RIVALDO TEIXEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE TEIXEIRA DA SILVA** Pai: **MANOEL TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/2/1983** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 8, RUA JOÃO FELIX DOS SANTOS; PLANALTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE TEIXEIRA DA SILVA** Pai: **MANOEL TEIXEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **20/3/1975** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 14, RUA JOÃO FELIX DOS SANTOS; PLANALTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO HONDA FAN VERMELHA PLACA OYN-2905 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RINALDO TEIXEIRA DA SILVA**

09/05/2019

NASCIMENTO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYN-2905 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **TITAN ESD.**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE E IRMÃO DA VÍTIMA ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA FAN VERMELHA, PLACA OYN-2905, QUANDO UM HB20 BRANCO SEDAN, PLACA PDZ-8784, ENTROU DE VEZ NA RUA DO COLÉGIO CLETO CAMPELO E ATINGIU A MOTO DO SEU IRMÃO (VÍTIMA) QUE SOFREU FRATURA NA FIBRA E TÍBIA NA PERNA DIREITA, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO SUS APRESENTADA; INCLUSIVE, A VÍTIMA TEVE QUE PASSAR POR UMA CIRURGIA NESTA DATA. DIANTE DO FATO, O IRMÃO DA VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA QUE FOSSEM TOMADAS AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO
(VÍTIMA)

Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento

B.O. registrado por: **DEISE BARBOSA FIGUEROA FARIA** - Matrícula: **3875113**

Placa: **OYN-2905 (PERNAMBUCO)**
Descrição: **TITAN ESD.**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE E IRMÃO DA VÍTIMA ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA FAN VERMELHA, PLACA OYN-2905, QUANDO UM HB20 BRANCO SEDAN, PLACA PDZ-8784, ENTROU DE VEZ NA RUA DO COLÉGIO CLETO CAMPELO E ATINGIU A MOTO DO SEU IRMÃO (VÍTIMA) QUE SOFREU FRATURA NA FIBRA E TÍBIA NA PERNA DIREITA, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO SUS APRESENTADA; INCLUSIVE, A VÍTIMA TEVE QUE PASSAR POR UMA CIRURGIA NESTA DATA. DIANTE DO FATO, O IRMÃO DA VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA QUE FOSSEM TOMADAS AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DPMAT
CONTENDO M.O. VERIFICADO
26 SET 2019

26 SET 2019

Deise Barbosa, 715 - LUIZ
Av. Rui Barbosa, 715 - LUIZ
Recife - PE

Descrição: **TITAN ESD.**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 04818701483 Nome completo da vítima: Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento CPF: 04818701483

Profissão: Recusor Endereço: R. João Felix dos Santos Número: 08 Complemento: _____

Bairro: Postamentos Planalto Cidade: Gravata Estado: PE CEP: 55640-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 81 99228-5097

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 27294 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nos documentos apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Gravata 20 maio 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura



Gravatá, 07 de maio de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 07 de maio de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

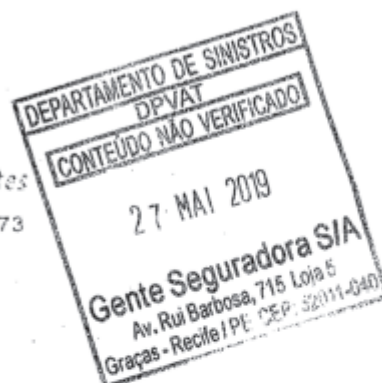


Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Jamires Gentes
Enfermeira
COREN: 442173

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá



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: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000027294-8

Nr. da Autenticação FDCF5CF55754F613



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0008943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RINALDO TEIXEIRA DA SILVA
PROX. A ACESSO A SERRA DO MAROTO

CPF: 048.187.014-83

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO FELIX DOS SANTOS 08

L'OTO PLANALTO/GRAVATA
GRAVATA/PE
55640-000

Nº DA FATURA	DATA	PERÍODO
050348978	ÚNICA	28/03/2019
050348978	ÚNICA	28/03/2019
28/03/2019	2002751054	1355140

4008196163	03/2019
04/04/2019	29/04/2019
75,34	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	91,000000	0,75250324	68,47
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,18
ICMS Subvenção-CDE-NF 048747203-28/01/19			0,58
Multa por atraso-NF 052474288 - 28/02/19			1,22
Juros por atraso-NF 052474288 - 28/02/19			0,68
Atualização IGPM-NF 052474288 - 28/02/19			9,22
Compensação DMIC 01/19			-0,17
			75,34

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7157720	CAT	28/03/2019	8.875,00	8.966,00	28/03/2019	8.966,00	8.966,00	30	1,0000		91,00

PERÍODO DE CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	%	VALOR DO IMPORTE	CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO	%
MAR 19 81	68,47	25,00	17,11	Geração de Energia	21,23
FEV 19 83	68,47	1,01	0,69	Transmissão	2,14
JAN 19 85	68,47	4,89	3,20	Distribuição (Celpe)	14,70
DEZ 18 86				Perdas de Tensão	6,79
NOV 18 88				Energia Solarizada	3,79
OUT 18 85				Tributos	21,00
SET 19 73				Total	58,47
AGO 19 91					
JUL 19 87					
JUN 19 79					
MAR 19 77					
ABR 19 84					
MAR 19 72					

Consumo Ativo (kWh)

95A5 70D9 03B1 E4F4 020F B216 EB7D 84F6

DEPARTAMENTO DE SIMISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa
Gracas - Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SIMISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Atenção: Este documento é uma cópia digitalizada e não possui validade jurídica. Para obter a versão original, consulte o site da CELPE.



| 237-2 |

2379415009 91510.607566 16000.224507 9 00000000000000

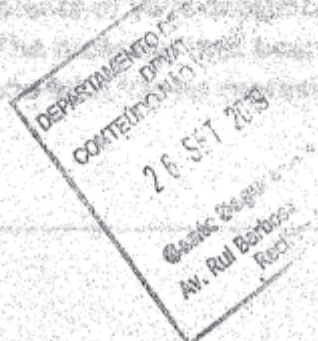
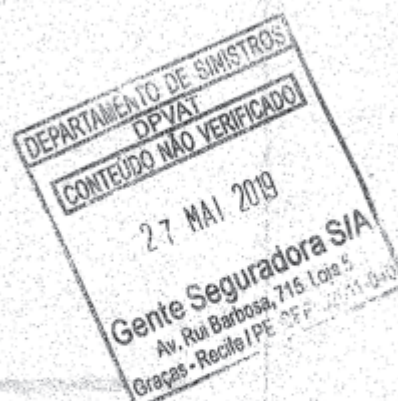
Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Avalista



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 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Gleyson Santana de Amaral inscrito (a) no CPF 847705894, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rivaldo Teixeira da Silva Nascimento inscrito
(a) no CPF sob o Nº 048187014/83, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Rivaldo Teixeira da Silva Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 048187014/83, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

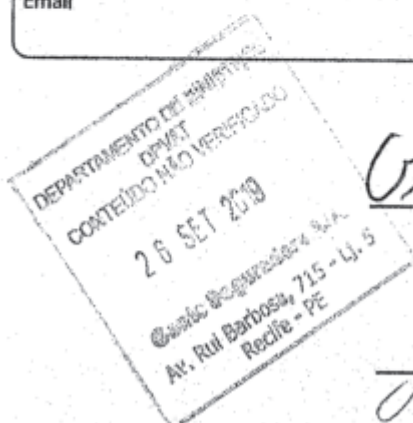
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ 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>R. Rivaldo Bastar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Oravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>81992285097</u>



Oravata de maio de 2019

Local e Data

Gleyson Santana de Amaral
Assinatura do Declarante

RECEITUÁRIO



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

LAUDO Médico

Paciente Rinaldo Teixeira
da Silva Nascimento
submetido a tratamento
cirúrgico por fratura dos
ossos da perna dir. L^o t^olu.
evolu com consolidação óssea.
recebe alta ambulatorial

12/09/19.



Dr. Alisson F. V. Viana
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 69133 CRM-MG 17005
SBOT 12674

HMM/003

Av. Cleto Campelo, S/N - Alto da Internidade 54800-000 - Moreno - PE - 81 3535-2013

Admissão: 312606 Entrada: 07/05/2019 Hora: 11:01
SUS - DEMANDA

Saída: 11/05/2019 Hora: 19:40

Responsável: RENATO BELLO COSTA

Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 703205654040194

Nome: 1622251 RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO
Data de Nascimento: 17/02/1983 (36 Anos e 7 Meses)
Endereço: RUA JOAO FELIX
Cidade: PLANALTO C.E.P.: 55644-302
Estado: 2606408 GRAVATA
Nome do Pai: MANUEL TEIXEIRA DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA JOSE TEIXEIRA DA SILVA
Naturalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 04818701483
Identidade: 6834917 - SDS - PE
Telefone: / 994133314
G. Instrução:
Ocupação: MOTO TAXI
Naturalidade: GRAVATA

TOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

10/05/2019 - 08:23

LAÇÃO (Dr. FAGNER ALEIXO SALVADOR CRM 17188)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: DEMANDA
DATA DA ADMISSÃO: 07/05/2019
DATA DA ALTA: 10/05/2019

FRATURA OSSOS DA PERNA DIR

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Exame:
3, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
sem sinais flogísticos.

1) Alta Hospitalar + Orientações.

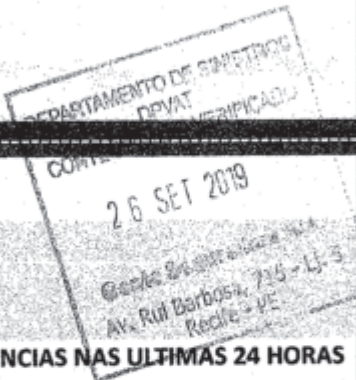
08/05/2019 - 13:42

LAÇÃO (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS

EXAME: SEM ALTERAÇÕES CLÍNICAS

AGUARDANDO PROCEDIMENTO



Hospital Armindo Moura
SAME
Setor de Arquivo Médico e Estatística
Folha 001/01 3-5-2013
Av. Cícero Cunha, 100 - PE

136 - Ficha de Cirurgia

Data: 18/09/2019
Página: 1 09:20

Indicador: 312606 Aviso: 23313
Paciente: 1622251 RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO
Idade: 36 Anos e 7 Meses Telefone: 994133314
Sexo: SUS - DEMANDA
Exame: Data: 09/05/2019 Início: 04:00 Duração: 00:30

RG.: 6834917
CPF.: 04818701483
Enfermaria: ENFERMARIA 06
Acomodação: LEITO 02

Diagnóstico Pré-Operatório

Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia Principal: TRAT CIR DE FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Data: 09/05/2019 Início: 10:20 Fim: 10:50

Anestesia:

ANESTESIA COM SEDAÇÃO

Início: 10:10 Fim: 11:00

Equipe Cirúrgica:

Cirurgião: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Anestesista: ADRIANA SIMPLICIO SIMOES

1º Auxiliar: _____ Aux Anest: _____

2º Auxiliar: _____ Consultor: _____

3º Auxiliar: _____ Perfusionista: _____

4º Auxiliar: _____ Pediatra: _____

Instrument.: _____ Intensivista: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

Descrição

Cirurgia Realizada

1. TTO CIR FRATURA TIBIA
2. TENOPLASTIA PATELAR
3. ARTROTOMIA DO JOELHO

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA E CAMPOS; TENOTOMIA TRANSPATELAR LONGITUDINAL;
- 3) ACESSO ANTERIOR COM ABORDAGEM DO LABIO ANTERIOR DA TIBIA USANDO GUIA TIPO PUNTO E SOB ESCOPIA; ABORDAGEM DE CAVIDADE ARTICULAR COM SAÍDA DE LIQUIDO SINOVIAL
- 4) REDUÇÃO INCRUENTA E PASSAGEM DE FIO GUIA NÃO-OLIVADO E FRESAGEM DO CANAL MEDULAR ATÉ 10MM
- 5) APOSIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR COM GABARITO USANDO-SE UM PARAFUSO POLLER E PESCADOR PARA BLOQUEIO DISTAL - 2 PARAFUSOS AUTOMACHEÁVEIS - E 1 PARAFUSO DINÂMICO PROXIMAL APÓS IMPACÇÃO DO FOCO FRATURÁRIO; TENOPLASTIA PATELAR USANDO VICRYL 2 POR LESÃO TRAUMÁTICA DE BORDOS DE TENOTOMIA LONGITUDINAL, RETIRADA CIRÚRGICA DE QUINTO MÉDIO TENDÃO PATELAR E FECHAMENTO COM MONONYLON 4.0 RESTABELECENDO APARELHO EXTENSOR;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS;
- 7) CURATIVOS

Intercorrências / Observações

Assinatura do médico _____

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019

Assinatura: _____
Av. Rui Barbosa, 715 - 13.º andar
Recife - PE

Hospital Memorial Americano
Fone: (61) 3211-1111
Av. Couto Campelo, 100 - 13.º andar

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

queixa do paciente:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL EM PERNA DIREITA. NEGA
TUMOR, FLEBITIS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS
ALERGIA -; HAS -; DM -

exame físico:
DR + INCAPACIDADE FUNCIONAL EM PERNA DIREITA

hipótese diagnóstica:
FRACTURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

prescrição/Conduta: INTERNAMENTO

Horario/Checkagem	
1 -	
2 -	
3 -	
4 -	

avaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DPAAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
Carmen Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Hospital Memorial - Antônio Moura
SAHIC
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3525-2013
Av. Cleto Campelo, 877 - 50-PE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 378594

PACIENTE: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA

GENITORA: MARIA JOSÉ TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 17/02/1983

IDADE: 36

ENDEREÇO: TRAVESSA OTIVAL CORREIA LEITE

AIRRO: BOA VISTA

PRONTO DE REFERENCIA:

CIDADE: GRAVATA

DATA: 07/05/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:06

CNS: 703205654040194

TELEFONE: (81) 99187-4627

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 344

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: JOSEFA TEIXEIRA DA SILVA

HDA

Vicet por cicatriz e "Mets" e

recém feito pelo Dr. D.

EXAME FÍSICO



SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

10.05.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-04

RA 5678504

EXAMES SOLICITADOS

Rx semi D.

Exame de Tórax D.

HD

Citologia na urina

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Clécio Gilberto R. Silva
CRM: 3041
CREMEDE - 3041

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	140x80
F.C.		F.R.			

Deferido - 2 x 112 08/15

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira
Clínico Geral

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS

S.F. 1000 - 5 CV 08/15

TEMP.		HGT	
F.C.		F.R.	

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DRVET
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
Rui Barbosa, 715 - 41.5
Recife - PE

ALTA

HORA: TEMP. DATA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐ TRANSFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐
---	---

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO (1622251)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 312606

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

09/05/2019

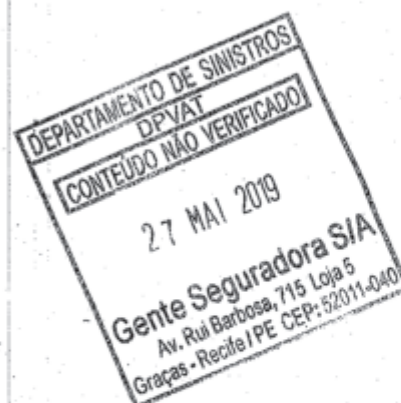
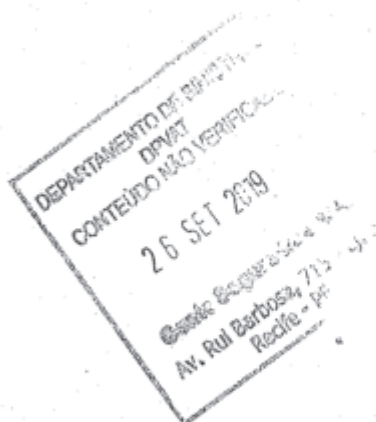
Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 09/05/2019 as 12:23

Dr. Alisson F. E. Vieira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 00130CRM-PE 17608
SBOT 12814

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:





Nome: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO (1622251)

Admissão: 312606

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO é portador do diagnóstico: <<FRATURA OSSOS DA PERNA DIR>>.

CID: <<S82>>

Permaneceu internado do dia 07/05/2019 a 10/05/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 09/05/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 15CENTO E CIQUENTA) dias, a partir desta data. segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 10/05/2019.

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 69134 CRM-PE 17606
SBOT 12814

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - CREMEPE: 17606

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 09/05/2019 as 12:25

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:



Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 69134 CRM-PE 17606
SBOT 12814

Emissão: 10/05/2019 08:43

Atendimento: 312606 Entrada: 07/05/2019 Hora: 11:01
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 06
Permanência: 2 Dia(s), 21 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 703205654040194

Paciente: 1622251 RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO
Nascimento: 17/02/1983 (36 Anos e 2 Meses)
Endereço: RUA JOAO FELIX
Bairro: PLANALTO C.E.P.: 55644-302
Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: MANUEL TEIXEIRA DA SILVA
Mãe: MARIA JOSE TEIXEIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 04818701483
Identidade: 6834917 - SDS - PE
Telefone: / 994133314
G.Instrução:
Ocupação: MOTO TAXI
Naturalidade: GRAVATA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 07/05/2019 - 11:22

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL EM PERNA DIREITA. NEGA
ESMAIO, VOMITOS OU OUTRAS QUEIXAS
ALERGIA -; HAS -; DM -

Exame físico:

OR + INCAPACIDADE FUNCIONAL EM PERNA DIREITA

hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta: INTERNAMENTO

Horario/Checkagem

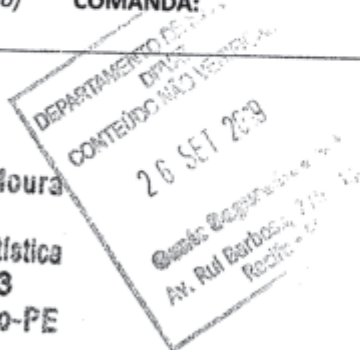
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		

Avaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno-PE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
048.187.014-83

Nome
RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

Nascimento
17/02/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6.834.917 DATA DE EXPEDIÇÃO **14/01/2014**

<< RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO >>

<< MANUEL TEIXEIRA DA SILVA >>
 << MARIA JOSÉ TEIXEIRA DA SILVA >>

NACIONALIDADE **GRAVATÁ - PE** DATA DO NASCIMENTO **17/02/1983**

DOC. ORIGIN << CC.2220 L.B AUX 6 F.14 CART. GRAVATÁ-PE 07.01.2008 >>

F-59 25.106 - 4323

DEPARTAMENTO DE DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

09-R51

Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento

CARTERA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1422954400

PROIBIDO PLASTIFICAR
1422954400

NOME
RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5834917 SDS PE

CPF
048.187.014-93

DATA NASCIMENTO
17/02/1983

FILIAÇÃO
**MANUEL TEIXEIRA DA SILVA
VA
MARIA JOSE TEIXEIRA DA SILVA**

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
ED

Nº REGISTRO
02839087304

VALIDADE
11/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
25/04/2003

OBSERVAÇÕES
RAR
CMTX

Rinaldo Teixeira da Silva Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GRAVATA - PE

DATA EMISSÃO
05/05/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO DIRETOR

76012678006
PE078669316

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

Carteira de Identidade

Gleybson Santana do Amaral




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DOC. ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

CPF 0000565 60 RECIFE-PE >>

CPF 847.705.894-68

Assinatura: Patrícia C.G. Alconforado

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

101772800121012855.7651186

F-76 315.700 - 424

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAI 2019

Gente Seguradora

Av. Rui Barbosa, 715

Grças - Recife/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

Gente Seguradora

Av. Rui Barbosa, 715 - 4.º

Recife - PE

DETRAN - PE Nº 012212569914
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PE Nº 012212569914 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SMTX-PE Nº 012212569914
1 1004330054 ***** 2018

RINALDO TEIXEIRA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA-PE 0

048.187.014-83

OYN2905

*****/PE 9C2KC1650ER024424

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
BAS /MOTOCICLETA/MOTO-TAXI ALCO/CASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD 2014 2014

CAP. POT. CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/149CL ALUGUEL VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1 *****

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
A 1 ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IDP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

GRAVATA-PE 21/06/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

GRAVATA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 21/06/18

VIA CREF / CNPJ PLACA
1 048.187.014-83 OYN2905

RENAVAM MARCA / MODELO
1004330054 HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI
2014 09 9C2KC1650ER024424

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) TOTAL A SER PAGO PRÉ SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333780/19

Vítima: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 048.187.014-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2019

Titular do CPF: RINALDO TEIXEIRA DA
SILVA NASCIMENTO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

RINALDO TEIXEIRA DA SILVA NASCIMENTO : 048.187.014-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553323 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RINALDO TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/05/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.
Nascimento:

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-2-3-4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50