

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

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0.54933000			kWh
			JUN 19	164
			MAI 19	170
			ABR 19	171
			MAR 19	166
			FEV 19	168
			JAN 19	120
			DEZ 18	154
			NOV 18	136
			OUT 18	139
			SET 18	126
			AGO 18	133
			JUL 18	124
			JUN 18	130
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
	R\$	%		
Geração de Energia	41,35	33,50		
Transmissão	4,81	3,80		
Distribuição (Célula)	29,18	23,65		
Energia Setorial	6,85	5,56		
Tributos	32,02	25,94		
Perdas de Energia	5,19	7,45		
TOTAL	123,42	100		

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia	ANTAO	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	9,96	9,96
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 49,93					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006571365	06/2019	155,85	13/06/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000010 558500110070 006571365107 139881767230



### AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 **IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **794.699.224**, **68** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**JURANDIR ANTONIO DE LIMA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **353.391.284/15**,

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **JURANDIR ANTONIO DE LIMA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **353.391.284/15**, 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: <b>PRAÇA PADRE FELIX BARRETO</b>		Número: <b>13</b>	Complemento:
Bairro: <b>LIVRAMENTO</b>	Cidade: <b>VITÓRIA DE SANTO ANTÃO</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>55.602-360</b>
E-mail:			Tel.(DDD): <b>81 98877-6145</b>

Local e Data: **VITÓRIA, 30 de Junho de 2019.**

**Ivonildo Ferreira de Barros Junior**  
Assinatura do Declarante



**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é ogilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jurandir Antonio Lima

NÚMERO DO SINISTRO:

**DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

DATA DO ACIDENTE:

19/01/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

19/01/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jurandir Antonio de Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente sofreu atropelamento por moto com exposição de fratura exposta do 1/3 médio perna esquerda onde

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

realizou cirurgia e colocou haste metálica com parafusos e ficou com dificuldade de movimentação do MIE, impossibilidade de agachamento do referido membro, força

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM☐ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

atrofia e postura alterada.  
CID: S 82.2

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.**GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)****SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFEZADO**

- 1º Sequela de fratura exposta perna esquerda
- 2º com uso de haste metálica e parafusos difícil-
- 3º dade de deambulação, força muscular atrofiada
- 4º após cirurgia. Deficit motel. fessos de 90%.
- 5º Alta médica definitiva e fisioterápica.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitória São Antão 28/6/19

LOCAL

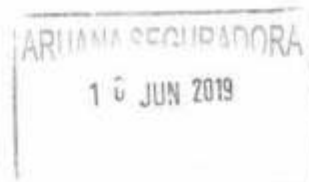
DATA

Assinatura e Carimbo

**ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE**ARUANA SEGURADORA  
28 JUN 2019

**Nome:** JURANDI ANTONIO DE LIMA**Nº registro:** 763645**Dt. Nasc.:** 12/08/51 - 67 ano (s)**Sexo:** Masculino**Mãe:** SEVERINA ANTONIA DE LIMA**Fone:****- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTACAO****Endereço:** R SEIS, nº 51, AMPARO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE**Data/hora:** 19/01/2019 - 11:25**Nº pág.:** 1/1**Setor:** Leito:**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO****ANAMNESE:****Moto - S****ALERGIA: NEGA****QUEIXA PRINCIPAL:**

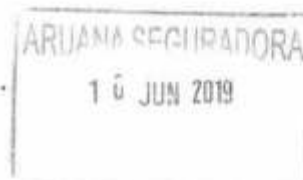
PACT TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA , PACT VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM DOR+ TRAUMA EM MIE

**EXAME FÍSICO:****Pa:** 150 X 100 mmHg **Temp:** °C **HGT:** 141 mg/dL**Peso:** Kg **Altura:** m **SP O<sub>2</sub>:** 99 %**Observação:****FC:** 90BPM**Classificação de Risco:****URGÊNCIA - AMARELO****Encaminhado para:****CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA****Especialidade:****TRAUMATOLOGIA**

**COREN:** 502203  
**Enf. ADRIANA DA SILVA SANTOS LIMA**

**Nome:** JURANDI ANTONIO DE LIMA**Nº registro:** 763645**Dt. Nasc.:** 12/08/51 - 67 ano (s)**Sexo:** Masculino**Mãe:** SEVERINA ANTONIA DE LIMA**Fone:****- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTACAO****Endereço:** R SEIS, nº 51, AMPARO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE**Data/hora:** 19/01/2019 - 11:25**Nº pág.:** 1/1**Setor:** Leito:**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO****ANAMNESE:****Moto - S****ALERGIA: NEGA****QUEIXA PRINCIPAL:**

PACT TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA , PACT VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM DOR+ TRAUMA EM MIE

**EXAME FÍSICO:****Pa:** 150 X 100 mmHg **Temp:** °C **HGT:** 141 mg/dL**Peso:** Kg **Altura:** m **SP O<sub>2</sub>:** 99 %**Observação:****FC:** 90BPM**Classificação de Risco:****URGÊNCIA - AMARELO****Encaminhado para:****CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA****Especialidade:****TRAUMATOLOGIA****COREN:** 502203  
**Enf. ADRIANA DA SILVA SANTOS LIMA**

**Nome:** JURANDI ANTONIO DE LIMA

**Nº registro:** 763645

**Dt. Nasc.:** 12/08/51 - 67 ano (s)

**Sexo:** Masculino

**Mãe:** SEVERINA ANTONIA DE LIMA

**Fone:**

**- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTACAO**

**Endereço:** R SEIS, nº 51, AMPARO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

**Data/hora:** 19/01/2019 - 11:32

**Nº pág.:** 1/1

**Setor:** Leito:

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

**Moto - S**

**ALERGIA: NEGA**

### QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACT TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA , PACT VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM DOR+ TRAUMA EM MIE

### QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

### EXAME FÍSICO:

Pa: 150 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 141 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>:99 %

Observação:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

### RESULTADOS DE EXAMES:

RX COM LESAO DE FRATURA DO 1/3 MEDIO DA PERNA ESQ COM DESVIO DE EIXO

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

PACIENTE VITIMADE QUEDA EM ACIDENTE DE MOTO COM FRATUIRA EXPOSTA DO 1/3 MEDIO DA PERNA ESQ COM IMPOTENCIA FUNCIONAL' DO MIESQ.

CRM: 3506  
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

**Nome:** JURANDI ANTONIO DE LIMA**Nº registro:** 763645

Dt. Nasc.: 12/08/51 - 67 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: SEVERINA ANTONIA DE LIMA

Fone:

- TRAZIDO POR SAMU SEM DOCUMENTAÇÃO

Endereço: R SEIS, nº 51, AMPARO. VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Data/hora: 19/01/2019 - 12:11

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### EXAME FÍSICO

PA: X Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

### ANAMNESE DO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL DO MIESQ COM FRATURA EXPOSTA DO 1/3 MEDIO DA PERNA ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO COXO PODALICO ALTO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL.

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

### CONDUTA

TRATAMENTO CIRURGICO

### EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

FRATURA EXPOSTA DO 1/3 MEDIO DA PERNA ESQ

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA

**Local:****Motivo:** Tratamento Cirúrgico**Senha:**

CRM: 3506  
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO





**PREFEITURA MUNICIPAL DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, consta em nossos registros que **Jurandir Antônio de Lima**, FILIAÇÃO José Antônio de Lima e Severina Antônio de Lima, Masculino, 68 anos, Identidade Nº 3.366,750, SDS-PE, CPF Nº 353-391-284-15, residente Sítio Furna 1, S/Nº, Zona Rural, Pombos - PE.

Foi socorrido pelo SAMU Vitória de Santo Antão, no dia 19 de Janeiro de 2019 às 10:55hs. Ocorrência 5579097.

Observação: Transcrição, na íntegra, do item "Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida", anotadas na ficha de atendimento.

Paciente vítima de acidente automobilístico (Atropelamento) realizado protocolo de trauma e removido para o HJMO.

EM TEMPO CONFIRMO A VERACIDADE DESTE DOCUMENTO, TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTAM EM NOSSOS REGISTROS,

Vitória de Santo Antão – PE

Em 13 de Maio de 2019

Dijaneide Alvares Ferreira

Coordenadora Geral

SAMU Vitória de Santo Antão



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, **JURANDIR ANTONIO DE LIMA**, NECESSITA DE 15 (QUINZE) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS A PARTIR DA DATA DE HOJE, PARA ACOMPANHAMENTO DE PROBLEMA DE SAÚDE.

**CID 10: S82.2**

RECIFE 11 DE FEVEREIRO DE 2019

  
Dr. Fábio Mendes  
Médico  
CRM/PE 28551  
Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL Getúlio Vargas</b>			<b>SUMÁRIO DE ALTA</b>	
NOME: <b>JURANDIR ANTONIO DE LIMA</b>			<b>02 (DUAS) VIAS</b>	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA: 101	LEITO: 04	Nº DO REGISTRO: <b>1109019</b>	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE: 68 ANOS	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <b>FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.</b>				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: <b>07/02/19 → TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA</b>				
DATA DA INTERNAÇÃO: 19/01/19		DATA DA ALTA: 11/02/19		DIAS DE INTERNAÇÃO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRICULA
1	CIRURGIÃO	DR. ALEXANDRE		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO			
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
<b>PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, CURSANDO COM TRAUMA EM MIE</b>				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA <b>ANALGESICOS + ANTIBIOTICOS</b>				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <b>FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.</b>				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA <b>BOAS CONDIÇÕES CLINICAS.</b>				
MOTIVO DA ALTA CURADO ____ MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA ____ OUTROS.		ÓBITO IML ____ SVO ____ BO: ____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO <b>RETORNO AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 07 DIAS</b>				
DATA: 11/02/19  Dr. Fábio Moura Médico CRMPE 20551				



HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

Nome: JURANDIR ANTONIO DE LIMA		Prontuário: 01109019	CNS: 704503390578
Nº Atendimento: 690171	Sexo: MASCULINO	Idade: 58a 6m 15d	Médico do Solicitante: YURI ALEXANDRE ALVES DE



### SOLICITAÇÃO PARA EXAMES DE IMAGEM

EXAME:

RX DE TIBIA ESQUERDA AP E PERFIL

EXAME:

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

POS OP

Recife, 25 DE FEVEREIRO DE 2019

Retorno do Paciente

- |                                  |                                  |                                  |                                   |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Mês   | <input type="checkbox"/> 4 Meses | <input type="checkbox"/> 7 Meses | <input type="checkbox"/> 10 Meses |
| <input type="checkbox"/> 2 Meses | <input type="checkbox"/> 5 Meses | <input type="checkbox"/> 8 Meses | <input type="checkbox"/> 11 Meses |
| <input type="checkbox"/> 3 Meses | <input type="checkbox"/> 6 Meses | <input type="checkbox"/> 9 Meses | <input type="checkbox"/> 1 Ano    |

Yuri Carvalho  
CRM-PE 16.620

YURI ALEXANDRE ALVES DE CARVALHO - CRM: Nº.23620

# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Juanadi Antônia Lima  
NÚMERO DO SINISTRO: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 19/01/19  
DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 19/01/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Juanadi Antônia Lima RG 3366752

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente sofreu atropelamento por moto com fratura exposta do 1/3 médio da perna esquerda com colocação haste metálica e com dificuldade de deambular

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Talita e parafusos

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☒ NÃO ☐ SIM

CASO POSITIVO DESCREVER: CLP 5822

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:  
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO  
1º Membro inferior esquerdo com fratura  
2º Perna esquerda com haste metálica  
3º Parafusos e tornos de 80% a  
4º artroscopia de corpo inteiro.  
5º Alta médica definitiva e fisioterapia

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.  
LOCAL: Vila São Antão DATA: 5/6/19  
ASSINATURA E CARIMBO: [Assinatura]

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Dr. João Paulo de Mello  
Otopneumologista  
CRM 2007

# DR. APULEU BRUM REGO VIEIRA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 2007

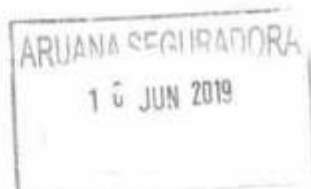
Jurandi Antonio de Lima

Paciente após atropelamento de  
moto com fratura exposta de perna  
esquerda com CID<sub>10</sub> S822 com di-  
ficuldade de movimentação.

Sítio Stº Antão, 5/6/19

Apuleu Brum Rego Vieira

Dr. Apuleu Brum Rego Vieira  
Ortopedia  
CRM 2007



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-1



*Jandir de S. Carneiro Lima*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.366.750 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/02/2014

NOME  
<< JURANDIR ANTONIO DE LIMA >>

FILIAÇÃO  
<< JOSÉ ANTONIO DE LIMA >>  
<< SEVERINA ANTONIA DE LIMA >>

NATURALIDADE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE DATA DE NASCIMENTO 12/08/1950

DOC ORIGEM << CC 1331 L.4B F.21 CART. SEDE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE 25/10.1978 >>

CPF 353.391.284-15

Jandir de S. Carneiro Lima  
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

ARUANA SEGURODORA  
10 JUN 2019

Sistema de Saúde

JURANDIR ANTONIO DE LIMA

Data Nasc.: 12/08/1950

Sexo: M

704 5033 9057 8113



ORIGEM SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e não pode ser emprestado.  
É válido em todo o território nacional.



ARUANA SEGUROPORA  
10 JUN 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES HUMANOS

CAC-01



*Ivonildo Ferreira de Barros Junior*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGURADORA

10 JUN 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
UNIQUE 4.493.761 DATA DE  
EXPIRAÇÃO 23/08/2011

NOME  
<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS JÚNIOR >>

FILIAÇÃO  
<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>  
<< MYRTE MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
RECIFE - PE 20/03/1975

DOCUMENTO << CN-74847 LA-81 F.186 V.CART.SEDE-  
VITÓRIA DE STº ANTÃO-PE.19.12.1985 >>

CNPJ  
794.699.224-68

ASSINATURA DO DIRETOR  
Nº 116-CE-200483

F-45.29.958 -4433

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218005/19

**Vítima:** JURANDIR ANTONIO DE LIMA

**CPF:** 353.391.284-15

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 19/01/2019

**Titular do CPF:** JURANDIR ANTONIO DE LIMA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

#### JURANDIR ANTONIO DE LIMA : 353.391.284-15

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](http://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

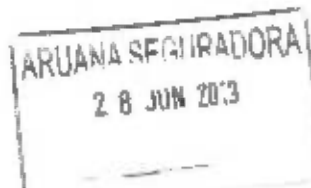
Data da entrega: 28/06/2019  
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR  
CPF: 794.699.224-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

  
IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

  
Josyelli de Oliveira Cabral





SEGURADORA LIDER CONSORCIO DE SEGUROS DPVAT.

**ASSUNTO: ESCLARECIMENTO SOBRE PERICIA MEDICA / INDENIZAÇÃO  
NEGADO SEM SEQUELA.**

**SINISTRO Nº: 3190/372093.** Prezados Senhores.

Eu, JURANDIR ANTONIO DE LIMA inscrito no cpf 35339128415 vitima de acidente de transito por atropelamento no dia 19/01/2019 mim encontrado com sequelas, conforme documentação medicas e laudos apresentados informando tratamento cirúrgico de fratura exposta da tíbia com colocação de uma haste mais parafusos e o processo foi negado por ausência de sequela..

SOLICITAMOS que a vitima seja submetida a mais uma PERICIA junto aos médicos desta seguradora para uma melhor avaliação. Ressaltamos que junto a esta carta envio em anexo um laudo atualizado, descrevendo as lesões sofridas no acidente.

Desta forma, mim encontrando em alta médica, solicito que seja agendada mais uma perícia médica para comprovação da minha lesões e assim, seja desnecessário futuras ações judiciais. Declaro ser a verdade os fatos alegados e me submeto às sanções penais cabíveis.

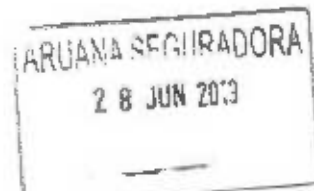
Certo que serei atendido agradeço à atenção dispensada.

Contatos pelo fone: **(81) 9.88776145**, pelos citados no rodapé desta carta ou E- mail: **jgrassessoriadpvat@gmail.com**

Vitoria de Santo Antão, 26 de junho de 2019.

Atenciosamente.

*Ivonildo Ferreira de Barros Junior*  
Ivonildo ferreira de barros junior( procurador)



Praça Padre Felix Barreto, nº 13, Livramento,  
CEP: 55602-360, Vitoria de Santo Antão-PE.  
Fones: (81) 3523.1211 / 9.8877.6145 / 9.9901.6431

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190401792 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JURANDIR ANTONIO DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TERÇO MÉDIO DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA 18/06/2019, ONDE FOI EXAMINADA E AVALIADA SEM SEQUELA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190401792 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JURANDIR ANTONIO DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TERÇO MÉDIO DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA 18/06/2019, ONDE FOI EXAMINADA E AVALIADA SEM SEQUELA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

---

**Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190401792**

**Vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA**

**Data do Acidente: 19/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JURANDIR ANTONIO DE LIMA**

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, 10 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190401792**

**Vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA**

**Data do Acidente: 19/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JURANDIR ANTONIO DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: 353 391 284 15 Nome completo da vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA

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

Nome completo: JURANDIR ANTONIO DE LIMA CPF: 353 391 284 15  
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SI FURNAS Número: 13 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: BOTO Cidade: POMPOS Estado: PE CEP: 55630.000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (81) 988776145

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)

AGÊNCIA: 3536 03 CONTA: 00019318 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 na documentação apresentada, 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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: Recife, 30 de Junho de 2019.  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem-assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

05/06/2019 HORA: 08:12:41  
DATA EFETIVACAO 05/06  
CONVENIO 000613983  
OPERADOR tairan

AGENCIA: 3536  
CONTA: 013.00019318-0  
NOME: JURANDIR ANTONIO DE LIMA

VALOR: 20,00

COD OPERACAO: 321639872

DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101 OUVIDO  
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A  
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M  
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

ARIANA SECUNDARIA  
16 JUN 2019



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000501**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/05/2019** às **18:57**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **19/1/2019** no período da **Manhã**

Natureza Jurídica: **ATROPELAMENTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1, NA SUBIDA DA FACULDADE FEDERAL - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JURANDIR ANTÔNIO DE LIMA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JURANDIR ANTÔNIO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA ANTÔNIA DE LIMA Pai: JOSÉ ANTÔNIO DE LIMA Data de Nascimento: 12/8/1950 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3366750/SDS/PE (RG), 35339128415 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE POMBOS, 1, SÍTIO FURNAS, ZONA RURAL DE POMBOS-PE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA QUE AO ATRAVESSAR A AV. HENRIQUE DE HOLANDA UM MOTOQUEIRO EM UMA MOTO AVANÇOU O SINAL VERMELHO E A ATROPELOU CAUSANDO FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E DEPOIS EVADINDO-SE DO LOCAL, A VÍTIMA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO EM VITÓRIA-PE, E DEPOIS TRANSFERIDA AO HOSPITAL GERTÚLIO VARGAS EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS , FOI SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.**

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

X *JSC AL de 3 ma*  
JURANDIR ANTONIO DE LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *[assinatura]* ~~SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matrícula: 159.816-3



ARUANA REGINA TORRES  
16 JUN 2019

# 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: 353 391 284 15 Nome completo da vítima: JURANDIR ANTONIO DE LIMA

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

Nome completo: JURANDIR ANTONIO DE LIMA CPF: 353 391 284 15  
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SI. FURNAS Número: 13 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: BOTO Cidade: POMPOS Estado: PE CEP: 55630.000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (81) 988776145

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)

AGÊNCIA: 3536 03 CONTA: 00019318 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 na documentação apresentada, 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.

ARIANA SEGURADORA  
16 JUN 2019

### 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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: Recife, 30 de Junho de 2019.  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem-assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**PREFEITURA MUNICIPAL DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que consta em nossos registros que **Jurandir Antônio de Lima**, FILIAÇÃO José Antônio de Lima e Severina Antônia de Lima, Masculino, 68 anos, Identidade Nº3.366,750, SDS-PE, CPF Nº353-391-284-15, residente Sítio Furna 1, S/Nº, Zona Rural, Pombos - PE.

Foi socorrido pelo SAMU Vitória de Santo Antão, no dia 19 de Janeiro de 2019 às 10:55hs. Ocorrência 5579097.

Observação: Transcrição, na íntegra, do item "Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida", anotadas na ficha de atendimento.

Paciente vítima de acidente automobilístico (Atropelamento) realizado protocolo de trauma e removido para o HJMO.

EM TEMPO CONFIRMO A VERACIDADE DESTE DOCUMENTO, TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTAM EM NOSSOS REGISTROS,

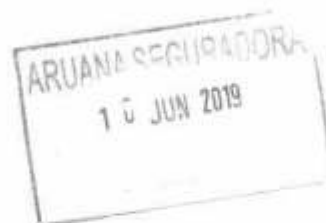
Vitória de Santo Antão – PE

Em 13 de Maio de 2019

Dijaneide Alvares Ferreira

Coordenadora Geral

SAMU Vitória de Santo Antão







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, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOICIVALDO DA SILVA LIMA

CPF: 707 382 484-26

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL  
AGROPECUÁRIA RURAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
056304648	UNICA	15/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/04/2018	2018273281	0545634

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI FURNAS 13

BOTO/POMBOS RURAL  
POMBOS PE  
55630-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7027701819	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PRECEDENTE
23/04/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR	89,46

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	186,000000	0,54135537	89,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 050575884-14/02/19			0,55
Multa por atraso-NF 054415836 - 18/03/19			2,00
Juros por atraso-NF 054415836 - 18/03/19			0,13
Atualização IOF-M-NF 054415836 - 18/03/19			0,17
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>89,46</b>

DESEMPENHO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
HT78714	CAT	18-03-2019	1 819,00	15-04-2019	1 778,00	28	190,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE CONSUMO	
Mês/Ano kWh	Consumo Ativo (kWh)	Base de Cálculo	Valor do Imposto
ABR 18 190		ICMS	0,55
MAR 18 190		ICMS	0,55
FEV 18 132		ICMS	0,55
JAN 18 126		ICMS	0,55
DEZ 18 187		ICMS	0,55
NOV 18 231		ICMS	0,55
OUT 18 228		ICMS	0,55
SET 18 228		ICMS	0,55
AGO 18 105		ICMS	0,55
JUL 18 41		ICMS	0,55
JUN 18 67		ICMS	0,55
MAY 18 30		ICMS	0,55
ABR 18 30		ICMS	0,55

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Seguradora: ARUANA SEGURO S.A. - CNPJ 07.000.000/0001-00 - Rua da Assembleia, 10 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01000-000 - Fone: (11) 3000-0000 - Site: www.aruana.com.br

TENSÃO NOMINAL (V)					LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
CONSUMO	VALOR APRESENTADO	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE ANUAL	MINIMO	MAXIMO
ONC	VITÓRIA DE SANTO ANTONIO	0,88	11,16	22,32	220	231
PEC		1,00	7,39	15,79		

ARUANA SEGURO S.A.  
16 JUN 2019