

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014204944236
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

71611-5543 2018

JOSE AUGUSTO DA SILVA NETO
CURURUM - PE

10851-5543 2018

VEICULO: MOTOCICLETA
MARCA: HONDA
MODELO: CG 125 DELTA

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE 014204944236 BIHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE AUGUSTO DA SILVA NETO

ESTE É O SEU BIHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1 204

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

SEGRADORA LIDER DPVAT

CNPJ DO 248.658.000/144

10851-5543 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA
NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO : 086.651.074-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 11/10/2018
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO
DATA DO ACIDENTE 08/10/2018 CPF DA VITIMA 086.654.074-52
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M^e MOURA DE A. FERNANDES
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA
Nº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55350-000
E-MAIL Afseguados@pgqovario.com TELEFONE (81) 9300-3998

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORTELHAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 15.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 4830.389 SSP/PE

ASSINATURA

Adriana M^e Moura de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Número do Sinistro: 3180481392

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Outros



Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA
NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/02/2019
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

SINISTRO 3180481392 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER
DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF/CNPJ: 08665107452

Posição em 28-01-2019 15:39:32

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

RECEBIDO
05 FEV 2019
Seguradora Líder DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481392 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 8.198.108 SDS/PE
ENDEREÇO: SÍTIO SAMAMBAIA DE BAIXO, S/N, ZONA RURAL, SANTA CECILIA-PB

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ - PE 12 DE JULHO DE 2018.

Jose Luciano da Silva Neto 

ASSINATURA DO OUTORGANTE

((RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE))



CARTÓRIO DE NOTAS E REGISTROS DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE
Rua João David de Sousa, 242 - Centro - CEP: 55765-000 - Fone: (81) 3757-1201
www.riamdcambuca.pe.br



Reconheço por Autenticidade a firma de: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO.
Sta M. do Cambucá, 13/07/2018 10:18:35. Em testemunho da
verdade. ADEILSON GONZAGA SOARES, TABELIÃO SUBSTITUTO. ESCRIT.
R\$ 3,59, TSNR R\$ 0,80, FISC. R\$ 10,40. Selo nº
0159509.0PT05201801.00812. Consulte autenticidade em
www.tine.ius.br/selodigital

Procuracao



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO : 086.651.074-52

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: 11/10/2018
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Número do Sinistro: 3180481392

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/02/2019
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Nº Sinistro: 3180481392

Vitima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180481392**.

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 13513272



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
Nº Sinistro: 3180481392
Vitima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
Data do Acidente: 08/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180481392**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13516633



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180481392

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000019659-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

086.651.074-52

Nome completo da vítima

JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO		CPF titular da conta 086.651.074-52	Profissão REC. INF
Endereço SITIO SAMAMBAIA DE BAIXO		Número SIN	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade SANTA CECILIA	Estado PB	CEP 58463-000
Email			Telefone (DDD) (81) 9700-1998

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome BRADESCO		AGENCIA NRO. 0835		D/V 4		CONTA NRO. 19659	
D/V 237		(Informar dígito se existir)		(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.

SANTA CECILIA/PB 25 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

x José Luciano da Silva Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

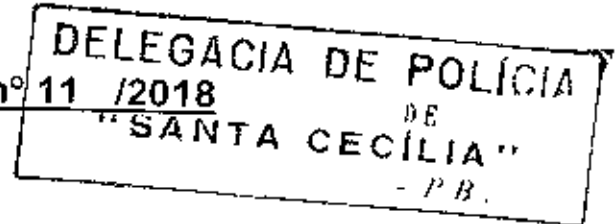




Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 11 /2018



Versando sobre: ACIDENTE COM MOTO:

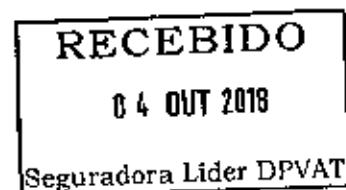
Hora e data do fato: 10:30H da manhã, do dia 08 de julho de 2018.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: 10hs:15min. do dia 20 de julho de 2018.

Local do Ocorrido: SÍTIO SAMAMBAIA, NAS PROXIMIDADES DO FORNO DE CAL DE SEU BIU MARCELO, ZONA RURAL DE SANTA CECÍLIA-PB.

VÍTIMA: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO, brasileiro, solteiro, agricultor, alfabetizado, RG Nº 8.198.108 SDS-PE, filho de SINEZIO LUCIANO DA SILVA e de ODILIA REGINA DA SILVA, endereço sítio SAMAMBAIA, ZONA RURAL DE SANTA CECÍLIA-PB. TELEFONE 83 98143 1393.

ACUSADO: A INVESTIGAR



TESTEMUNHAS: A AROLAR POSTERIORMENTE

HISTÓRICO: No dia e hora do fato acima mencionado a vítima conduzia sua moto HONDA/CG 125 TITAN, COR VERDE, PLACA KIK 1454, ANO 1999, CHASSI 9C2JC2500XR143496, LICENCIADA EM NOME DA VÍTIMA, sentido SAMAMBAIA, nas proximidades do forno de cal, do senhor conhecido por BIU MARCELO; QUE a vítima menciona que em uma curva perdeu o controle da referida moto vindo a cair ao solo, levantou-se todo desorientado, sentiu que tinha sofrido uma lesão grave no braço esquerdo, em ato contínuo conduziu a própria moto sentido sítio SAMAMBAIA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB, sentido a sua própria residência; QUE a vítima relata que seus familiares conseguiram um veículo e levaram a vítima para o hospital da cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE, DEPOIS FORA REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA CAMPINA GRANDE-PB.

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE
"SANTA CECÍLIA"
- P.B.

COMUNICANTE

Jose Luciano da Silva Neto
JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

ESCRIVÃO

Moacir Antonio da Silva
MOACIR ANTONIO DA SILVA

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE
"SANTA CECÍLIA"
- P.B.

D. LÍCIA

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE
"SANTA CECÍLIA"
- P.B.

Declaração de Inexistência de IML



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF da Vítima

086.651.074-52

Data do Acidente

08/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SANTA CEILÂNIA, 25 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

X. José Luciano da Silva Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000019659-2

Nr. Autenticação

BRADESCO210220190500000000002370083500000001965984375 PAGO

MAURICIA SILVA DE SOUZA
SIT SAMAMBA DE BAYO, S/N, AREA RURAL
SANTA CECILIA/PE CEP: 55450000 (AO: 108)

Emissão: 11/06/2018 Referência: Jun/2018
Classificação: RESIDENCIAL / SADA RENDA MONOFÁSICA 230V, 1φ 25 - Cód: Resid: João Pessoa/PE - CEP: 55061-480
Folha: 4 - 278 - 730 - 2250 Nº Medidor: 00006143471

Energisa

ENERGISA PARÁIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.955.883/0001-49 - Est. Est: 15.016.822-0

Nota Fiscal: Contador: Energisa MONT 738 632
Cód. par: 040. Autenticação: 00016125102

Aterramento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196. Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Jun/2018	11/06/2018	11/07/2018	11506127466

UE (Unidade Consumidora): 5/141281052

Canal de contato:
Terça-feira de Energia Eficiente - TSEE fechada pelo Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Unidade
10/05/18	11/06/18	5921	70	22

Demonstrativo									
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)	
		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)	
0601	Consumo até 20kWh-BR	30,000	0,247220	7,26	7,26	25	1,81	7,26	0,06
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	40,000	0,415400	16,61	16,61	75	4,15	16,61	0,15
0601	Adic. B. A-mopela			0,20	0,20	25	0,07	0,20	0,00
0601	Adic. B. Vermetua			0,87	0,87	25	0,77	0,87	0,01
0610	Supplido			28,87	28,87	25	6,77	28,87	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO LAMP PUEBICA			8,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORFIA 05/2018			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 05/2018			0,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Substituição			-18,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00

COT. COTIZADO DE CRESSOR (R\$) 05/18 R\$ TOTAL 42,02 31,81 12,87 50,81 0,00 7,15

Média últimos meses (kWh) 64 **VENCIMENTO** 18/06/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 42,02

Histórico de Consumo (kWh)											
55	60	55	62	54	63	65	57	67	60	63	63
JUN/17	JUN/17	AGO/17	SEPT/17	OCT/17	NOV/17	DEZ/17	JAN/18	FEB/18	MAR/18	ABR/18	MAI/18

RESERVADO ACPY: 0077-0588.facc.5b07.7bcb.d185.730a.6d51.

Indicadores de Qualidade				Composição de Valor		
Limites		Apurado	Limite de tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
da ANEEL						
DISCONTINUIDADE				Serviços de Dist. da Energia	6,16	14,52
DISCONTINUIDADE				Serviços de Energia	8,81	20,87
DISCONTINUIDADE				Serviços de Transmissão	0,85	2,01
DISCONTINUIDADE				Serviços de Distribuição	1,89	4,48
DISCONTINUIDADE		0,00	CONTRATADA	Serviços de Manutenção	24,46	58,12
DISCONTINUIDADE			LIMITES INFERIORES	Outros Serviços	0,00	0,00
DISCONTINUIDADE			LIMITE SUPERIOR			
DISCONTINUIDADE		0,00		Total	42,02	100,00
DISCONTINUIDADE						

Valor de USD (R\$) 4722183R\$ 1021

ATENÇÃO - Sua unidade foi faturada com desconto, sendo um desconto de R\$ 18,80. **Faturas em atraso**

Comprovante de residência



Proc.

La necesidad de resistencia



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data:	08/09/18	Hora:	11:10	Registro:	
Nome:	Jose Raulino da Silva Neto				
Endereço:	Sítio Samambaua			Referência:	
Bairro:	Zona Rural	Cidade:			
Idade:	30 anos	Sexo:	Masc.	Cor:	Pel
Profissão:					
Responsável:					
Endereço do Responsável:				Fone:	

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSOR

ACIDENTE DE TRÁNSITO ☐					
VEÍCULO:	Automóvel ☐	Ônibus ☐	Moto ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
MODO:	Atropelamento ☐	Colisão ☐	Capotagem ☐	Outro ☐	Ignorado ☐

AGRESSÃO ☐

POR:	Arma de Fogo ☐	Arma Branca ☐	Espancamento ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
MODO:	Assalto/Briga ☐	Ação Policial ☐	Agressão Sexual ☐	Outro ☐	Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM:	Construção Civil ☐	Indústria ☐	Agricultura ☐	Comércio ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
---------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTO AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR:	Arma de Fogo ☐	Enforcado ☐	Drogas ☐	Queda de Nível ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐	Queda Acidental ☐	Afogamento ☐	Queimadura ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA ☐

Via Pública ☐	Domicílio ☐	Ambiente de Trabalho ☐	Escola ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
--------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Queixas: Dor no braço direito e dor no
peito esquerdo. Dor no abdômen
inferior direito e dor no pescoço.

Exame Físico:	Cabeça consciente			
PA:	FC:	Pulso:	Temperatura:	HGT:

Hipótese Diagnóstica:	Hemorragia	
Procedimentos:	1. Hemograma ZFA e H 2. Hemograma ZFA e H 3. Hemograma ZFA e H	

Cód.:	
Médico Responsável:	



12:00h
Dr. [Signature]
CPR 927.1693



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
vítima de acidente carro, portador(a) do CPF: 086.653.074-92e
RG: 8.498.108, residente: STILO SANAMBARA
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/09/2018, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá 16 de JULHO de 2018.

Henrique Soares do Nascimento

Diretor de Recursos Humanos

CPF: 045.605.387-68

Henrique Soares do Nascimento
Henrique Soares do Nascimento

Diretor de Recursos Humanos

PACIENTE: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

DATA DO EXAME: 09.07.2018

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura de radio distal, com desalinhamento ósseo.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

Dr. André Ventura
CRM/PB: 7282

Dra. Miriam Albino : Dra. Marcella Farias : Dr. Rafael Borges : Dr. Ramoné Miranda : Dr. Pêçles A Costa :
CRM/PB 6435 CRM/PB 6550 CRM/PB: 6485 CRM/PB: 8220 CRM/PB: 8620

Nome:	OSCAR LACERDA DE SILVA Neto		
End:	Rua Anita Garibaldi 514	Bairro:	Parque Forestal
Data de Nascimento:	14/02/1928	Documento de Identificação:	9.000.000-1
Queixa:	Fratura	Data do Atendimento:	09.07.1988
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: (✓) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: (✓) Calmo () Fâceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (✓) Normocorada () Pálida
Deambulação: (✓) Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estatística

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento prioritário

Da Silva

~~Geza~~ MAIA
~~Geza~~ MEIRA
23/03/2023

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:		Alex Luciano da Silva Neto										PRONTUÁRIO:			
IDADE:	30	SEXO:	M ☒ F ☐	COR:	B ☐ P ☐ A ☐	PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

Plastrão
Controla por Joo

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia de pulso E AP e perfil

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

09/07/2018

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jairo CORTY
CRM 2159-PB
CPF 08.464.614-9

Carimbo e Assinatura do Médico


RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)
ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:
 JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO

NÚMERO DO SINISTRO:
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 08/06/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 08/06/2018
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS CRM: 11695-PE	
LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA.	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU 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 DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQUERDO.

2º

3º

4º

5º

 AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____
 QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: SURUBIM-PE

DATA: 10/01/2019

ASSINATURA E CARIMBO

 ROBERTO MATEUS
 ORTOPÉDIA
 CRM 11695

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o **Sr. JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO**, 30 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 08 de junho de 2018 que resultou em fratura da extremidade distal do rádio esquerdo. Foi tratado conservadoramente com imobilização gessada. Evoluiu com dor, edema e limitação funcional.

Surubim, 10 de janeiro de 2019
15:51:58

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

NOME
ADRIANA MARTA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.466-04 DATA NASCIMENTO
26/07/1974

PRIMAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

LEONARTE FERRIRA DE MOURA

PERMISSÃO
RECONHECIMENTO ACC
RECONHECIMENTO CAT. NAB.
B

Nº REGISTRO
02370505879 VALIDADE
08/24/2022 1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002



PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

RESERVAÇÃO

Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SORUBIM - PE DATA EMISSÃO
10/04/2017

[Signature]
Charles Anderson Lopes Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755068
PE078665272

PERNAMBUCO

Documentos de identificação




RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)
ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:
 JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO

NÚMERO DO SINISTRO:
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)
DATA DO ACIDENTE:
 08/06/2018

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:
 08/06/2018

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:
 ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS

CRM: 11695-PE

LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE:
 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):
 TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA.

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU 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 DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQUERDO.

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.
LOCAL: SURUBIM-PE

DATA: 10/01/2019

ASSINATURA E CARIMBO

 ROBERTO MATEUS
 ORTOPEDIA
 CRM 11695

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE
LOCAL
DATA
ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO, 30 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 08 de junho de 2018 que resultou em fratura da extremidade distal do rádio esquerdo. Foi tratado conservadoramente com imobilização gessada. Evoluiu com dor, edema e limitação funcional.

Surubim, 10 de janeiro de 2019
15:51:58

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

08R-47

ESTADO DE PERNAMBURGO
SECRETARIA DE DEFESA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO



ASSINATURA DO TITULAR

Jose Luciano da Silva Neto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

IMAGEM DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.198.108

DATA DE EXERCCIO 04/12/2008

NOME << JOSE LUCIANO DA SILVA NETO >>

RENOME << SINEZIO LUCIANO DA SILVA >>

<< DOUTA REGINA DA SILVA >>

SANTIDADE

SANTA MARIA DO CAMBUCA PE

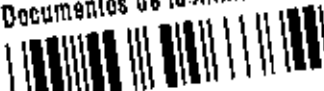
10/11/1988

DATA DE NASCIMENTO 14/02/1988

ASSINATURA DO DIRETOR E DE SIGNATARIO

LEI N.º 7.110 DE 20/06/01

Documentos de identificacao



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

14/02/1988





VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

NOME
ADRIANA MARTA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / C.R.G. / PASSAPORTE / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.466-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

PRIMAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

LEONARTE FERRIRA DE MOURA

URA

Nº REGISTRO
02370505879

VALIDADEZ
08/24/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002



PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

RESERVAÇÃO

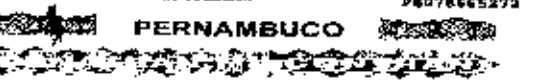
Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOBUIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Charles Anderson Lopes Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755068
PE078665272



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014204944236
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

71611-5543 2018

JOSE AUGUSTO DA SILVA NETO
CURURUM - PE

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE 014204944236 BIHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE AUGUSTO DA SILVA NETO

ESTE É O SEU BIHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1 204

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

SEGRADORA LIDER DPVAT

CNPJ 06.248.658/0001-04

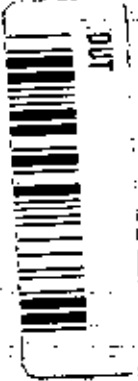
10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018

10851-5543 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA
NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO : 086.651.074-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 11/10/2018
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO

DATA DO ACIDENTE 08/10/2018 CPF DA VITIMA 086.654.034-52

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA

Nº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE Surubim UF PE CEP 55350-000

E-MAIL Afseguados1994@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9300-3998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA/ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 15.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 4830.389 SSP/PE

ASSINATURA Adriana M^{te} Moura de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Número do Sinistro: 3180481392

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Outros



Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA
NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/02/2019
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

SINISTRO 3180481392 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER
DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF/CNPJ: 08665107452

Posição em 28-01-2019 15:39:32

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

RECEBIDO
05 FEV 2019
Seguradora Líder DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180481392 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 8.198.108 SDS/PE
ENDEREÇO: SÍTIO SAMAMBAIA DE BAIXO, S/N, ZONA RURAL, SANTA CECILIA-PB

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ - PE 12 DE JULHO DE 2018.

Jose Luciano da Silva Neto 

ASSINATURA DO OUTORGANTE

((RECONHECER FIRMÂ POR AUTENTICIDADE))



CARTÓRIO DE NOTAS E REGISTROS DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE
Rua João David de Sousa, 242 - Centro - CEP: 55765-000 - Fone: (81) 3757-1201
www.riamdocambuca.pe.br



Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO.
Sta M. do Cambucá, 13/07/2018 10:18:35. Em testemunho da
verdade. ADEILSON GONZAGA SOARES, TABELIÃO SUBSTITUTO. ESCRIT.
R\$ 3,59, TSNR R\$ 0,80, FISC. R\$ 10,40. Selo nº
0159509.0PT05201801.00812. Consulte autenticidade em
www.tine.ius.br/selodigital

Procuracao



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO : 086.651.074-52

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: 11/10/2018
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/18

Número do Sinistro: 3180481392

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF: 086.651.074-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/02/2019
Nome: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
CPF: 086.651.074-52

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Nº Sinistro: 3180481392

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180481392**.

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 13513272



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
Nº Sinistro: 3180481392
Vitima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
Data do Acidente: 08/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180481392**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13516633



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180481392

Vítima: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JOSE LUCIANO DA SILVA NETO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000835-4**

Conta: **0000019659-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

086.651.074-52

Nome completo da vítima

JOSÉ LUCIANO DA SILVA NETO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE LUCIANO DA SILVA NETO		CPF titular da conta 086.651.074-52	Profissão REC. INF
Endereço SITIO SAMAMBAIA DE BAIXO		Número SIN	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade SANTA CECILIA	Estado PB	CEP 58463-000
Email			Telefone (DDD) (81) 9700-1998

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome BRADESCO		AGENCIA NRO. 0835		CONTA NRO. 19659		AGENCIA NRO. 237	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

SANTA CECILIA/PB 25 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

x José Luciano da Silva Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

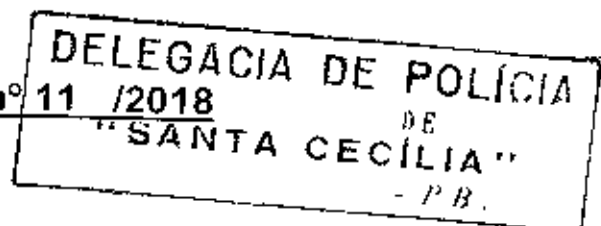




Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 11 /2018



Versando sobre: ACIDENTE COM MOTO:

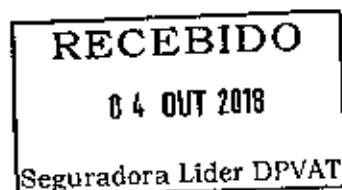
Hora e data do fato: 10:30H da manhã, do dia 08 de julho de 2018.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: 10hs:15min. do dia 20 de julho de 2018.

Local do Ocorrido: SÍTIO SAMAMBAIA, NAS PROXIMIDADES DO FORNO DE CAL DE SEU BIU MARCELO, ZONA RURAL DE SANTA CECÍLIA-PB.

VÍTIMA: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO, brasileiro, solteiro, agricultor, alfabetizado, RG Nº 8.198.108 SDS-PE, filho de SINEZIO LUCIANO DA SILVA e de ODILIA REGINA DA SILVA, endereço sítio SAMAMBAIA, ZONA RURAL DE SANTA CECÍLIA-PB. TELEFONE 83 98143 1393.

ACUSADO: A INVESTIGAR



TESTEMUNHAS: A AROLAR POSTERIORMENTE

HISTÓRICO: No dia e hora do fato acima mencionado a vítima conduzia sua moto HONDA/CG 125 TITAN, COR VERDE, PLACA KIK 1454, ANO 1999, CHASSI 9C2JC2500XR143496, LICENCIADA EM NOME DA VÍTIMA, sentido SAMAMBAIA, nas proximidades do forno de cal, do senhor conhecido por BIU MARCELO; QUE a vítima menciona que em uma curva perdeu o controle da referida moto vindo a cair ao solo, levantou-se todo desorientado, sentiu que tinha sofrido uma lesão grave no braço esquerdo, em ato contínuo conduziu a própria moto sentido sítio SAMAMBAIA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB, sentido a sua própria residência; QUE a vítima relata que seus familiares conseguiram um veículo e levaram a vítima para o hospital da cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE, DEPOIS FORA REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA CAMPINA GRANDE-PB.

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE
"SANTA CECÍLIA"
- P.B.

COMUNICANTE

Jose Luciano da Silva Neto
JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

ESCRIVÃO

Moacir Antonio da Silva
MOACIR ANTONIO DA SILVA

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE
"SANTA CECÍLIA"
- P.B.

D. LÍCIA

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE
"SANTA CECÍLIA"
- P.B.

Declaração de Inexistência de IML



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

CPF da Vítima

086.651.074-52

Data do Acidente

08/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SANTA CEILÂNIA, 25 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

X. José Luciano da Silva Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000019659-2

Nr. Autenticação

BRABESCO210220190500000000002370083500000001965984375 PAGO

MAURICIA SILVA DE SOUZA
SIT SAMAMBA DE BAYO, S/N, AREA RURAL
SANTA CECILIA/PE CEP: 55450000 (AO 108)

Emissão: 11/06/2018 Referência: Jun/2018
Classif/Subcl: RESIDENCIAL/SADA RENDA MONOFÁSICA 230, Km 25 - Cnd: Renda: João Pessoa/PE - CEP: 55061-480
Folha 4 - 278 - 730 - 2250 NF mod: 00005143471

Energisa

ENERGISA PARÁIBA, DISTRITAMENTO DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.955.883/0001-40, Est. Est: 15.016.822-0

Nota Fiscal de Consumo de Energia Elétrica Nº 07.738.632
Cód. par: 040. Automática: 00016125102

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196. Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Jun/2018	11/06/2018	11/07/2018	11506127466

UE (Unidade Consumidora): 5/141281052

Canal de contato
Terça-feira de Energia Elétrica - TSEE fechada pelo Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Unidade
10/05/18	11/06/18	5921	70	22

Demonstrativo									
		Tabela Tarifária (R\$) KM2/RS/ KWS		Parcela Fixa (R\$) (0,000000) (R\$ 1,454W)					
0601	Consumo até 20 kWh-BR	30,000	0,242220	7,26	7,26	25	1,81	7,26	0,06
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	40,000	0,415400	16,61	16,61	75	4,15	16,61	0,15
0601	Adic. B. A-metela			0,20	0,20	25	0,07	0,20	0,00
0601	Adic. B. Vermetela			0,87	0,87	25	0,77	0,87	0,01
0610	Subsídio			26,87	26,87	25	5,77	26,87	0,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO LAMP PUEBICA			8,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORF 05/2018			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 05/2018			0,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-18,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00

COT. CUSTOS DE CUSTÓDIA (R\$) 05/18 R\$ TOTAL 42,02 31,81 12,87 50,87 0,00 7,15

Média últimos meses (kWh) 64 **VENCIMENTO 18/06/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 42,02**

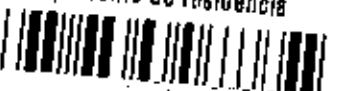
Histórico de Consumo (kWh)
55 | 60 | 55 | 62 | 54 | 63 | 65 | 57 | 67 | 62 | 63
Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18

RESERVADO ACPY
CLY: 0588.facc.5b07.7bcb.d185.730a.6d51.

Indicadores de Qualidade				Composição de Valor		
Limites		Apurado	Limite de tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
da ANEEL						
DIST. SEMESTRAL	77,15	0,00	NOMINAL 220V	Serviços de Dist. da Energia	6,10	14,52
DIS. ANUAL	54,21			Serviços de Energia	8,81	20,87
DIS. SEMESTRAL	18,09			Serviços de Transmissão	0,85	2,01
DIS. ANUAL	22,18			Serviços de Distribuição	1,09	2,59
DIST. DVC	7,40	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 220V	Encargos de Distribuição	24,48	58,28
DIST. DVC	16,60			Outros Serviços	0,00	0,00
Total					42,02	100,00

Valor de US\$ 42,02 (R\$ 102)

ATENÇÃO
Sua fatura foi gerada com sucesso, sendo um desconto de R\$ 18,60. **Faturas em atraso.**

Comprovante de residência




PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data:	08/09/18	Hora:	11:10	Registro:	
Nome:	Jose Raulino da Silva Neto				
Endereço:	Sítio Samambaua			Referência:	
Bairro:	Zona Rural	Cidade:			
Idade:	30 anos	Sexo:	Masc.	Cor:	Pel.
Profissão:					
Responsável:					
Endereço do Responsável:				Fone:	

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSOR

ACIDENTE DE TRÁNSITO ☐					
VEÍCULO:	Automóvel ☐	Ônibus ☐	Moto ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
MODO:	Atropelamento ☐	Colisão ☐	Capotagem ☐	Outro ☐	Ignorado ☐

AGRESSÃO ☐

POR:	Arma de Fogo ☐	Arma Branca ☐	Espancamento ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
MODO:	Assalto/Briga ☐	Ação Policial ☐	Agressão Sexual ☐	Outro ☐	Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM:	Construção Civil ☐	Indústria ☐	Agricultura ☐	Comércio ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
---------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

AUTO AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR:	Arma de Fogo ☐	Enforcado ☐	Drogas ☐	Queda de Nível ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐	Queda Acidental ☐	Afogamento ☐	Queimadura ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
--	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

LOCAL DE OCORRÊNCIA ☐

Via Pública ☐	Domicílio ☐	Ambiente de Trabalho ☐	Escola ☐	Outro ☐	Ignorado ☐
--------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Queixas: Dor no tórax, dor no abdômen, dor no membro superior direito, dor no membro superior esquerdo, dor no membro inferior direito, dor no membro inferior esquerdo, dor no pescoço, dor no ombro, dor no cotovelo, dor no punho, dor no antebraço, dor no braço, dor no tronco, dor no quadril, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no tornozelo, dor no pé, dor no tornozelo, dor no pé.

Exame Físico:	Cabeça consciente			
PA:	FC:	Pulso:	Temperatura:	HGT:

Documentação médico-hospitalar

Hipótese Diagnóstica: Acidente

Procedimentos:	1. Exame físico ZFA e H	Cód.:
	2. Exame físico ZFA e H	
	3. Exame físico ZFA e H	

Médico Responsável:	
---------------------	--



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JOSE LUCIANO DA SILVA NETO
vítima de acidente carro, portador(a) do CPF: 086.653.074-92e
RG: 8.498.108, residente: STILO SAMAMBAIA
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/09/2018, onde foram
realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá 16 de JULHO de 2018.

Henrique Soares do Nascimento

Diretor de Recursos Humanos

CPF: 045.605.387-68

Henrique Soares do Nascimento
Henrique Soares do Nascimento

Diretor de Recursos Humanos

CÓDIGO/REGISTRO

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ : _____ hs.

☐ Centro Clínico _____
☐ Alta hospitalar / ☐ () A revelia
☐ Internação (setor) _____
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
☐ JÚRISO _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CO: District

② Amphibian-ducks

② 2000

⑤ Find a job

⑤ Absorption of DMF

1-10-1950

#BME: 23 milis comente e enviado sem sucesso.
cent. comente foi 24 horas. Sem sucesso da
dinor de produção nos jogos da bola.

Q17. Conditioning

Quantições + Medidas VO

Edo B.M.F.

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Rua Manoel de Barros, 681
Bairro Boa Vista
Recife - PE

Houto Redin
 Het opma de hante
 van Frans
 Toots Pootal e nttvank
 do a lra

O'Donoghue
 O'Donoghue
 O'Donoghue

EXAME SECUNDÁRIO / PÁRTECPR MÉDICO

PACIENTE: JOSE LUCIANO DA SILVA NETO

DATA DO EXAME: 09.07.2018

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura de radio distal, com desalinhamento ósseo.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

Dr. André Ventura
CRM/PB: 7282

Dra. Miriam Albino : Dra. Marcella Farias : Dr. Rafael Borges : Dr. Ramoné Miranda : Dr. Pêçles A Costa :
CRM/PB 6435 CRM/PB 6550 CRM/PB: 6485 CRM/PB: 8220 CRM/PB: 8620

Nome:	OSCAR LACERDA DE SILVA Neto		
End:	R. Anita Garibaldi 514	Bairro:	Parque Fátima
Data de Nascimento:	14/03/1928	Documento de Identificação:	9.000.000-9
Queixa:	fta. 14/03/2000	Data do Atendimento:	09.07.18 Hora: 18:21 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Nível de consciência: (✓) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: (✓) Calmo () Fâceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (✓) Normocorada () Pálida
Deambulação: (✓) Livre () Cadeira de rodas () Maca	

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento prioritário

~~LEITE~~

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:		Alex Luciano da Silva Neto										PRONTUÁRIO:			
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:	
30		M ☒ F ☐		B ☐ P ☐ A ☐											

DADOS CLÍNICOS:

Plastrão
Controla por Joo

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia de pulso E AP e perfil

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

09/07/2018

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jairo CORTY
CRM 2159-PB
CPF 08.464.614-9

Carimbo e Assinatura do Médico