

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS CALCIFICAÇÃO COM DEFORMIDADE - ATROFIA DO MIE RIGIDEZ ARTICULAR DEFICIT DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ EDEMA RESIDUAL

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A CIRURGIA
ALTA DEFINITIVA 19/12/18

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HA SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS QUE JUSTIFIQUEM A VALORAÇÃO DE 75% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA DIA 21/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO COM PAGAMENTO DE 75% DO TORNOZELO ESQUERDO.

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: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO EM 05/06/2018 PELA PERÍCIA MÉDICA: VÍTIMA EM TRATAMENTO. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA EM 21/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO COM PAGAMENTO DE 75% DO TORNOZELO ESQUERDO.

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: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO EM 05/06/2018 PELA PERÍCIA MÉDICA: VÍTIMA EM TRATAMENTO. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE GENIVALDO DE BRITO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 3.320.743, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 639.624.624-49, residente no(a) RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS
nº 412, bairro: CENTRO, município: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE.

OUTORGADO:

Nome: RUBENVAL A. DE LIRA JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSE, portador(a) do RG 5.349.954, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 008.748.134-09, residente no(a) RUA DARIO JOSE DA SILVA
nº 89A, bairro: CENTRO, município: CARNAIBA PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE GENIVALDO DE BRITO.

Local e Data: CARNAIBA 10 de Maio 2018.

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Tabelionato
Wyllamar Oliveira

Av Manoel Borba 235 A - Centro - Afoogados da IngaZEIRA/PE
CEP: 56800000 - Telefone: (87) 9 9612-4232
Email: contato@tabelionatodenotas.org

Reconheço por Autenticidade a firma de: JOSE GENIVALDO DE BRITO em 10/05/2018 08:35:36. Em testemunho da verdade dou fé. Tabelionato de Notas e Protestos de Afoogados da IngaZEIRA- PE, MARIA DO ROSARIO DE MORAES N. V. DANTAS - 2ª SUBSTITUTA. Emol.R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79 Selo: 0159376.QBS12201701.02937
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

TABELIONATO DE NOTAS DE AFOGADOS DA INGAZEIRA
CNPJ: 28.911.710/0001-92
AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE
www.tabelionatodenotas.org
FONE: (87) 9. 9612-4232

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE GENIVALDO DE BRITO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 3.320.743, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 639.624.624-49, residente no(a) RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS
nº 412, bairro: CENTRO, município: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE.

OUTORGADO:

Nome: RUBENVAL A. DE LIRA JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSE, portador(a) do RG 5.349.954, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 008.748.134-09, residente no(a) RUA DARIO JOSE DA SILVA
nº 89A, bairro: CENTRO, município: CARNAIBA PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE GENIVALDO DE BRITO.

Local e Data: CARNAIBA 10 de Maio 2018.

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Tabelionato
Wyllamar Oliveira

Av Manoel Borba 235 A - Centro - Afoogados da IngaZEIRA/PE
CEP: 56800000 - Telefone: (87) 9 9612-4232
Email: contato@tabelionatodenotas.org

Reconheço por Autenticidade a firma de: JOSE GENIVALDO DE BRITO em 10/05/2018 08:35:36. Em testemunho da verdade dou fé. Tabelionato de Notas e Protestos de Afoogados da IngaZEIRA- PE, MARIA DO ROSARIO DE MORAES N. V. DANTAS - 2ª SUBSTITUTA. Emol.R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79 Selo: 0159376.QBS12201701.02937
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

TABELIONATO DE NOTAS DE AFOGADOS DA INGAZEIRA
CNPJ: 28.911.710/0001-92
AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE
www.tabelionatodenotas.org
FONE: (87) 9. 9612-4232

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Número do Sinistro: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2018

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/02/2019
Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR
CPF: 008.748.134-09

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 17/02/2018

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR : 008.748.134-09

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

JOSE GENIVALDO DE BRITO : 639.624.624-49

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: 03/01/2019
Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR
CPF: 008.748.134-09

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Número do Sinistro: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 17/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

DOCUMENTOS ENTREGUES

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR : 008.748.134-09

Comprovante de residência

JOSE GENIVALDO DE BRITO : 639.624.624-49

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: 09/01/2019
Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR
CPF: 008.748.134-09

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

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: 639.624.624-49 Nome completo da vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

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

Nome completo: JOSE GENIVALDO DE BRITO CPF: 639.624.624-49

Profissão: AGRICULTOR Endereço: RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS Número: 110 Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA Estado: PE CEP: 56.800-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 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: 1433 CONTA: 41244 8

(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.

Local e Data: Afogados da Ingazeira 07.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009861 **Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO**

Data do Acidente: 17/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

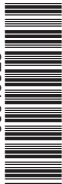
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001433

Conta: 0000041244-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Nº Sinistro: 3190009861
JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190009861**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 13999250



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180236465**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GENIVALDO DE BRITO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS nº 412 - CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3320743 - SSP**
Data e local do acidente: **17/02/2018 AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE**
Data e local do exame: **05/06/2018 MONTEIRO/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura exposta tornozelo esquerdo

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

vítima queda de moto, deu entrada no Hospital regional de Afoogados no dia 12/02/18, apresentando fratura exposta em tornozelo esquerdo, encaminhado para hospital regional em Caruaru, foi submetido a procedimento cirúrgico e fixador externo.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ao exame apresenta deformação, edema local, dor crônica, restrição de movimento, alterações da marcha e fixador externo em membro inferior / tornozelo esquerdo.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

vítima com fixador externo, no momento em tratamento.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em **60** dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE CONCLUSÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: **NAPOLEAO BEZERRA COSTA CRM:9392/PB**


Dr. Napoleão Bezerra Costa
Médico
CRM-PB-9392

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

639.624.624-49

Nome completo da vítima

JOSE GENIVALDO DE BRITO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE GENIVALDO DE BRITO		CPF titular da conta 639.624.624-49	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS		Número 412	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade AFOGADOS DA INGAZEIRA	Estado PE	CEP 56.800-000
Email		Telefone (DDD) (87) 996395265	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO. 1433 D/V [] CONTA NRO. 36312 D/V [9]
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome [] NRO []
AGÊNCIA NRO. [] D/V [] CONTA NRO. [] D/V []
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT

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.

CAENAIÁ 10 de MAIO de 2018
Local e Data

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

639.624.624-49

Nome completo da vítima

JOSE GENIVALDO DE BRITO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE GENIVALDO DE BRITO		CPF titular da conta 639.624.624-49	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS		Número 412	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade AFOGADOS DA INGAZEIRA	Estado PE	CEP 56.800-000
Email		Telefone (DDD) (87) 996395265	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO. 1433 D/V [] CONTA NRO. 36312 D/V [9]
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome [] NRO []
AGÊNCIA NRO. [] D/V [] CONTA NRO. [] D/V []
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT

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.

CAENAIÁ 10 de MAIO de 2018
Local e Data

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAÍBA -
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0270000231**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/05/2018** às
21:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/2/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO CURRAL VELHO - AFOGADOS DA**
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA**
INGAZEIRA, 1 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA
INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / ESTRADA VICINAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JOSÉ GENIVALDO DE BRITO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ GENIVALDO DE BRITO



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

JOSÉ GENIVALDO DE BRITO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA
BRITO DE ALMEIDA Data de Nascimento: **07/1967** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA /**
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **3320743/SSP/PE (RG), 03002402440 (CPF),**
01655503643 (CNH) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão:
AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS, 412 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO**
- AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ GENIVALDO DE BRITO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/00 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLG4858** (PERNAMBUCO/AFOGADOS DA INGAZEIRA) Renavam: **741000140** Chassi: **9C2JC3020YR052411**

Ano Fabricação/Modelo: **2000/2000**

Descrição: **A MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DE FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS**

Complemento / Observação

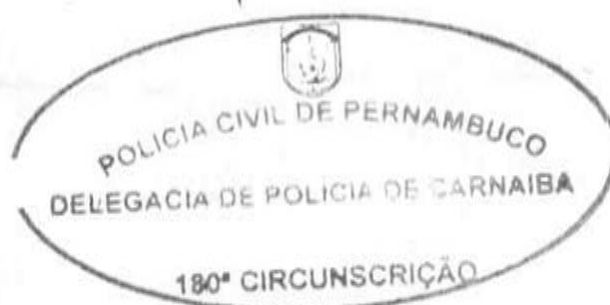
A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA DO SÍTIO CURRAL VELHO, ZONA RURAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, QUANDO EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM QUE PILOTAVA, NA TENTATIVA DE DESVIAR DE UM VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO. O MESMO FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA. ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA.

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

JOSÉ GENIVALDO DE BRITO
(VITIMA)



B.O. registrado por: **RENATA JANAINA B. VASCONCELOS** - MAT. 273.027-6 -
Matrícula: **273.627-6**



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 GENIVALDO DE BRITO	CPF da Vítima 639.624.624-19	Data do Acidente 17.02.2018
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (87) 99639 5265

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 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 51º 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.

CARUÍBA, 10 de **MAIO** de **2018**
Local e Data

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E.C - Tricentenário				Data: 17.02.18	
PACIENTE	Nome:	José Genival de Brito					Nº da Ocorrência
	Residência:	Brd: Avenida Rafael de Freitas					Telefone
RESPONSÁVEL	Nome:	Mãe: Ana Almeida de Brito					Telefone:
	Residência:	Sus: (87) 996255134					
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input checked="" type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		Apicultor	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	09/04/68	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF PE	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA		CHEGADA	15 H 32 MIN		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO OCUPACIONAL
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares		
MÁX.: MIN.:			AXILAR.: RENAL.		PA = 120 X 90 mmHg, 16.25 Tratamento SF 0.9% 1000ml tramadol 100mg + 100ml SF imozin 25mg cefotaxima 2g em 2x - SAT 92% em 5m.		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas Trauma no tórax esquerdo moto com trauma MIE MGS para as consequências reféns MGS de alcool MGS sus com EF REG BEN WTS AS Hipocondrio 1+/4+ Tórax 1+/4+ AC BUNNIE 2+ S/S FCBB PA 100 X 60 DP MVF 8/10 ASD BEM Caudado, Rds + FUS 170, INFLOR 200 Queda extensor EXT FRACTURA exposta MIE							
Destino Dado ao Paciente				Impressão Diagnóstica			
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado Removido				Fratura exposta MIE Licença Concedida Assinatura - Carimbo - CRM / CRO			
Obito às H. Min. do				Encaminhado ao IML			

RNO NOTIFICADO

PA = 120 X 90 mmHg, 16.25

Tratamento

SF 0.9% 1000ml

tramadol 100mg + 100ml SF

imozin 25mg

cefotaxima 2g em 2x

- SAT 92% em 5m.

10.583.920/0010-24

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

Av. Manoel Virgílio Sobrinho, S/N - KM 01 PE 320

CEP: 55.400-000 - Ar. da Lagoinha - PE

EXCELSOR SEGUROS

22 MAI 2018

SEGURO PRIVAT

SILVIO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GENIVALDO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01433

CONTA: 000000041244-8

Nr. da Autenticação 4B977FAE8984CDD8



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Das Vistas, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-05 | Ins. Est. 0009943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDNEIDE MACENA DE ALCANTARA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS 412

CPF: 834.258.914-20 NIS: 16110953214

CENTRO/AFUGADOS DA INGAZEIRA
AFUGADOS DA INGAZEIRA PE
50600-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BAIXA TENSÃO COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO: 1165629023 MÊS/ANO: 04/2018
DATA DE VENCIMENTO: 28/04/2018 DATA PRESTATA PRECISAR LITURA: 21/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 22,34

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
013711087	UNICA	19/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/04/2018	2002403421	7046

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16009450	5,07
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	22,0000000	0,26007630	6,37
Contribuição Iluminação Pública			6,90
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (007) 3821-1542			4,00

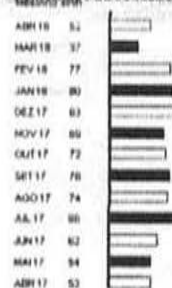
TOTAL DA FATURA

22,34

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
88708	CAT	20-03-2018	21.844,20	19-04-2018	21.696,00	30	1,0000		62,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	11,44	0,52
PIS	11,44	0,27
COPFINS		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	4,47	39,31%
Transmissão	0,47	4,11%
Distribuição (Celpe)	3,87	33,83%
Perdas de Energia	1,16	10,14%
Encargos Setoriais	1,16	10,05%
Tratantes	0,33	2,90%
Total	11,44	100%

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

TARIFAS APLICADAS

R\$16009450

7149 CUBO TERRA F407 0,05% EC 37 0740 7000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As informações contidas nesta fatura são válidas para o período de 12 meses a contar da data de emissão. Caso haja alteração de dados, o cliente deve comunicar a Companhia Energética de Pernambuco. A fatura é emitida em nome do titular da conta. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal para fins de comprovação. A fatura é emitida em nome do titular da conta. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal para fins de comprovação.

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor
27/03/18	19/04/18	11,81	28/03/18
28/03/18	28/03/18	22,03	

Em caso de não pagamento de débitos, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sendo caso poderá ocorrer a inclusão de juros e multa de mora. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo pessoal para fins de comprovação.

AFUGADOS DA INGAZEIRA	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
PRE	1,34	0,03	12,00	24,12
PRE	1,34	0,03	12,00	24,12
PRE	1,34	0,03	12,00	24,12

Linha (CGR) 12,22 RUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 0,76

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	207 - 231

CONTA CONTRATO: 1165629023 MÊS/ANO: 04/2018 DATA DE VENCIMENTO: 28/04/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 22,34

83830000000-4 22340011001-8 16562902310-8 13287357403-0



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

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



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

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARGARIDA PEREIRA AMARAL
CPF: 089.618.834-63

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DARIO JOSE DA SILVA 89 -A

CENTRO/CARNAIBA
56820-000 CARNAIBA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

173,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

015598088

CONTA CONTRATO

007024476434

Nº DO CLIENTE

2015260016

Nº DA INSTALAÇÃO

0006374004

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A025.B973.2CD9.F64B.A8D6.EE6A.560F.7B53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	203,00	0,71942094	146,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,72
Contribuição Iluminação Pública			21,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 007988976-07/03/18			1,76
Multa por atraso-NF 011726481 - 06/04/18			3,14
Juros por atraso-NF 011726481 - 06/04/18			0,57
Atualização IGPM-NF 011726481 - 06/04/18			0,35
TOTAL DA FATURA			173,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
146,76	25,00	36,69	146,76	1,12	1,64	146,76	5,32	7,80

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,49323500

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAI 18		203
ABR 18		236
MAR 18		277
FEV 18		342
JAN 18		300
DEZ 17		283
NOV 17		196
OUT 17		121
SET 17		119
AGO 17		98
JUL 17		99
JUN 17		100
MAI 17		132

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	40,45	27,56
Transmissão	4,06	2,77
Distribuição (Celpe)	33,48	22,80
Encargos Setoriais	12,61	8,59
Tributos	46,13	31,43
TOTAL	146,76	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003161195846	CAT	06/04/2018	2.590,00	08/05/2018	2.793,00	32	1,00000	0,00	203,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	AFOGADOS DA	0,00	11,45	22,90	45,80
FIC-No.de vezes sem Energia	INGAZEIRA	0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 52,03					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/18.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007024476434	05/2018	173,62	15/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rubens Amaral de Lima Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.148.134 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Genivaldo de Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 639.624.624 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima José Genivaldo de Brito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 639.624.624 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Mário José da Silva</u>		Número <u>89A</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Parmaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.820-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(087) 9.9639-5265</u>

Parmaíba, 21 de Maio de 2018

Local e Data

Rubens A. de Lima Júnior


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo


Eu, FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS,
RG nº 4568916, data de expedição 06/03/2015,
Órgão SIS/PE, portador do CPF nº 880.679.044-72, com
domicílio na cidade de AFOGADOS DA INGAZEIRA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ANTÔNIO RAFAEL DE FREITAS, nº 412,
complemento CAIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE GENIVALDO DE BRITO, cujo o condutor era
JOSE GENIVALDO DE BRITO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 TITAN ES
Ano: 2000/2000
Placa: KL64B5B
Chassi: 9C2JC3020XR052411
Data do Acidente: 17.02.2018
Local e Data: CARNAÍBA, 10 DE MAIO 2018

 Fernandes da Silveira Ramos
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

 **Tabelionato**
Wyllamar Oliveira

Av Manoel Borba 235 A - Centro - Afoogados da Ingazeira/PE
CEP: 56000000 - Telefone: 87 9 9612-4232
Email: contato@tabelinatodenotas.org

Reconheço por Autenticidade a firma de: FERNANDES DA
SILVEIRA RAMOS em 10/05/2018 12:14:01. Em testemunho da
Nota, dou fe. Tabelionato de Notas e Protestos de
Afoogados da Ingazeira - PE, MARIA DO ROSARIO DE MORAES
T. V. DANTAS - 2ª SUBSTITUTA. Emol. R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80
FERC R\$ 0,40 Total 4,59 Selo: 0159376.TFF12201701.02974
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

TABELIONATO DE NOTAS DE AFOGADOS DA INGAZEIRA
CNPJ: 28.911.710/0001-92
AV. MANOEL BORBA, 235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE
www.tabelinatodenotas.org
FONE: (87) 9.9612-4232

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E.C - Tricentenário						Data: 17.02.18	
PACIENTE	Nome: José Genival de Brito							Nº da Ocorrência	
	Residência: End.: Avenida Rafael de Freitas							Telefone	
RESPONSÁVEL	Nome: Mãe: Ana Almeida de Brito								
	Residência: SUS:							Telefone: (84) 99625513	
CONDIÇÃO		PROFISSÃO		SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> SEGURO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		Agricultor		<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	09/02/68	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO UF PE		NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA		<input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA CHEGADA		15 h 32 min		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares				
MÁX.:	MIN.:		AXILAR:	RENAL	RMO NOTIFICADO PA = 120x90 mmHg, 16-25				
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas					Tratamento				
Trauma no tórax súbito muito com trauma MIE nos braços as consequências. Refere ingestão de álcool nos últimos 24h.					SF 0,9% 1000ml + 100ml SF 10% Injeção de morfina 10mg Apelotini 2g em água 16.00 SAT 92% em ar.				
EF REG BEN WKS SAS. Hipocondrio I+/4+ Tórax I+/4+ AC BUNNI= 2t S/S FCBB PA 100x60 JP MVF. SRS S3D Semi Cooperado, Rts + Fusão, Inj. de BB Quadril Estável Ext Fraturas expostas MIE					[10.583.920/0010-24] HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Av. Manoel Virgílio Sobrinho, S/N - KM 01 PE 320 CEP: 55.000-000 - Ar. de Ingazeira - PE EXCELSIOR SEGUROS Original 22 MAI 2018 SEGURO PRIVAT Medico				
Destino Dado ao Paciente					Impressão Diagnóstica				
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado					Fraturas expostas MIE				
Encaminhado									
Removido									
Obito às _____ H _____ Min. do _____					Licença Concedida				
Dia _____					Assinatura - Carimbo - CRM / CRO				
Encaminhado ao IML									

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
X GERES - AFOGADOS DA INGAZEIRA
HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

H.R.E.C

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL			
NOME:	(NOME SOCIAL)				IDADE:		
SITUAÇÃO / QUEIXA:	Paciente em acidente de moto com fratura exposta na perna e.						
PROCEDÊNCIA							
RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE				
DOENÇAS PREEXISTENTES: <i>neg</i>							
INTOLERÂNCIA/ALERGIA: <i>neg</i>							
PARÂMETROS							
PA	P	R	T	SpO2	HGT	GLASGOW	PESO
REGULADOR DE DOR	LEVE	MODERADA			GRAVE		
ACIDENTE DE TRABALHO() SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO							
CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO	<input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTADO	ANSIOSO		CALMO <input checked="" type="checkbox"/>		
AGITADO	<input checked="" type="checkbox"/> TORPOROSO	<input checked="" type="checkbox"/> COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DE PMANDO				

RITMO SINUSAL	PALPITAÇÕES	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA EM REPOUSO	DISPNEIA P. NOTURNA	EXCESSIVA
CIANOSE	PALIDEZ	SUDORESE	

EXCELSOR SEC
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT

DOR TORÁCICA					
INTENSA	MODERADA		LEVE		
DURAÇÃO DA DOR		LOCALIZAÇÃO			
IRRADIAÇÃO DA DOR					
BRAÇO E	BRAÇO D	ABDOME	ESCÁPULA	MANDÍBULA	TÓRAX POSTERIOR
DOR PRESENTE					
EM REPOUSO		AOS ESFORÇOS		QUANDO RESPIRA	

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS	
DEFICIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID	DM MIE

FLUXOGRAMA

ao ortopedista / cirurgia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		AUTORIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
<div>   </div>			
NOME		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF	
JOSE GENIVALDO DE BRITO		3320743 SSP PE	
CPF		DATA NASCIMENTO	
639.624.624-49		09/07/1967	
FILIAÇÃO		PERMISSÃO	
NÃO DECLARADO		ACC	
ANA BRITO DE ALMEIDA		CAT. HAB.	
Nº REGISTRO		VALIDADE	
01988893643		10/01/2022	
		1ª HABILITAÇÃO	
		22/12/2006	
OBSERVAÇÕES			
sem observações			
<div>  </div>			
ABRATISA DO PORTADOR			
LOCAL		DATA EMISSÃO	
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE		11/01/2017	
<div>  </div>		78065241619	
ASSINATURA DO EMISSOR		PE077109619	
PERNAMBUCO			

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1420823214

PROIBIDO PLASTIFICAR
1420823214

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS VEÍCULOS NACIONAIS
967049380

NOME
RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5349959 RSP PE

CPF
008.748.134-09

DATA NASCIMENTO
25/12/1979

FILIAÇÃO
RUBERVAL AMARAL DE
LIRA
MARIA MARGARIDA
PEREIRA AMARAL DE LIRA

PERMISSÃO
C

ACC
C

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
04821735979

VALIDADE
21/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
26/11/2009

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÕES

Ruberval Amaral de Lira Junior
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

DATA EMISSÃO
23/10/2014

Luiz Humberto
ASSINATURA DO EMISSOR

02942782427
PR061632333

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

REGISTRO PLASTIFICAR
967049380

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727914121
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 741050140 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS

AFOGADOS DA INGENHEIRA

CNPJ 000.879.044-72 PLACA KLG4855

PLACA ANT. / UF *****-72 CHASSI 9C2JC30207R052411

ESPECIE TIPO FAN / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 TITAN ES ANO FAB. 2000 ANO MOD. 2000

CAP. / POT. / CL. 25 / 124CL CATEGORIA PARTIC. COR. PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª ***** VENC. / COTAS 2ª ***** 3ª *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 18/04/18

SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL AFOGADOS DA INGENHEIRA DATA 18/04/18

Carsten Andreass Guedes Ribeiro

Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727914121 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS

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

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

AFOGADOS DA INGENHEIRA EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/04/18

VIA 1 CNPJ 000.879.044-72 PLACA KLG4855

RENAVAM 741050140 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 TITAN ES

ANO FAB. 2000 CAT. DIR. 03 Nº CHASSI 9C2JC30207R052411

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENC (R\$) 0,00 DENATRAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAG. PELA SEGURADORA (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.808/0001-04

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURO DPVAT