

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APESAR DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML NO QUAL FOI APONTADO DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBRO E EM CONFORMIDADE COM A LEI No. 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974, ARTIGO 5º, PARÁGRAFO 4º, NÃO FOI POSSÍVEL RELACIONAR AS LESÕES INFORMADAS AO ACIDENTE OCORRIDO, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO OU OUTROS HOSPITAIS ONDE TENHAM OCORRIDO ATENDIMENTOS, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- E/OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- E, EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #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 funcional completa de uma das mãos | 70 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM ---- APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.
FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E
RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.
FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E
RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.
FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E
RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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 funcional completa de uma das mãos | 70 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: **Juclecio da Silva Amaral**, Nacionalidade: **Brasileira**, Estado Civil: **solteiro**, RG: **7.237.829**, C.P.F.: **057.802.274-54**, Endereço: **Rua Maria da Guia, nº 526, Lotto Morada Nova, Cidade/UF: Lagoa Grande/PE, CEP: 56395-000.**

OUTORGADO:

Nome: **Elvis Laion de Souza Lima**, Nacionalidade: **Brasileira**, Estado Civil: **Casado**, Profissão: **Advogado**, OAB/PE nº: **47.573**, RG: **1307251889**, C.P.F.: **079.896.474-00**, Endereço: **Rua Castro Alves, Nº 52, Centro, Cidade/UF: Lagoa Grande/PE, CEP: 56395-000.**

Pelo presente instrumento de procuração particular, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, outorgando-lhes poderes especiais para Propor Ação de Cobrança e representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A** e suas respectivas consociadas, a fim interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher, assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários, inclusive, assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, e transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte. E ainda, como se fora eu próprio, requerer, retirar, propor, solicitar, acompanhar, providenciar quaisquer documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais e/ou estabelecimentos privados. Especificamente, Prontuários Médicos, Ficha de Primeiro Atendimento, Resumos de Altas, Laudos Médicos, Relatórios Médicos, Receituários, Descrições de Procedimentos Médicos, Boletins de Ocorrência (BO), Guias Para Exames Médicos e Fichas de Ocorrências que se encontrem em posse do Hospital de Urgências e Traumas - HUT, localizado na cidade de Petrolina - PE, Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada - SOTE de Juazeiro - BA ou de Petrolina - PE, SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou de Ambulâncias, Polícia Civil de qualquer Estado, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Militar de qualquer Estado, Hospitais Municipais, Casas de Saúde, Postos de Saúde, Postos médicos de Pronto-Atendimento, Postos de Serviços Ambulatoriais, tudo com o fim especial de requerer a indenização de Seguro DPVAT, conforme o permitido por Lei.

Lagoa Grande - PE, 13 de novembro de 2018

RECONHEÇO



Juclecio da Silva Amaral

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por Autenticidade)



Brasilina Freire Lima dos Santos
2ª Escrivã

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JUCÉCIO DA SILVA AMARAL
RG/CNH/CTPS: 7.237 829 CPF: 057 802 274-54
End: RUA MARIA DA GUIN, 526 - LOT. MONAS
NOVA - LAGOA GRANDE / PE 56395-000
NATUREZA: INVALIDEZ
DATA DO SINISTRO: 25.09.2018

Outorgado: THIAGO ANDRÉ MANGABEIRA DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 9071033 CPF: 079.529.654-17
End
RUA CONATISTOLA - 226 - ANEIA BHARLA -
PEYNOLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao

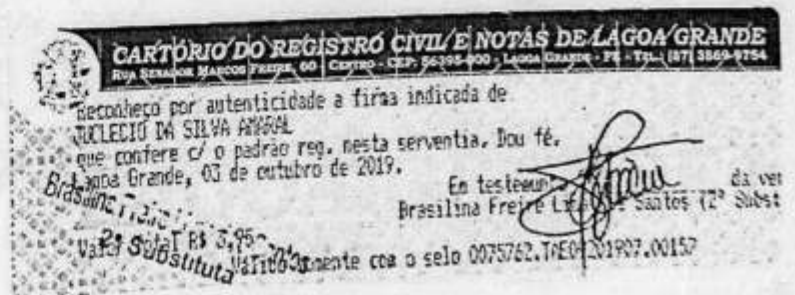
SEGURO DPVAT, que figura como vítima:
JUCÉCIO DA SILVA AMARAL
CPF: 057 802 274-54

LAGOA GRANDE, 03 de OUTUBRO de 2019

RECONHECER



Jucécio da Silva Amaral
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA : 079.896.474-00

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

JUCLECIO DA SILVA AMARAL : 057.802.274-54

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: 18/01/2019
Nome: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA
CPF: 079.896.474-00

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Número do Sinistro: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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

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: 04/02/2019
Nome: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA
CPF: 079.896.474-00

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Número do Sinistro: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO : 079.529.654-17

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

JUCLECIO DA SILVA AMARAL : 057.802.274-54

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019

Nome: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 079.529.654-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Número do Sinistro: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2019
Nome: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA
CPF: 079.896.474-00

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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

Documentação médico-hospitalar

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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

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, 21 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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\$ 1.282,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Valor: R\$ 1.282,50

Banco: 104

Agência: 000002991

Conta: 0000065597-6

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,



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: |
| | 057.802.274-54 | JUCLECIO DA SILVA AMARAL |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | | CPF: |
| JUCLECIO DA SILVA AMARAL | | 057.802.274-54 |
| Profissão: | Endereço: | Número: |
| MECÂNICO | RUA MARIA DA GUIA | 526 |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| LOTTO MORADA NOVA | LAGOA GRANDE | PE |
| E-mail: | CEP: | Tel.(DDD): |
| alfa_segurosdpvat@hotmail.com | 56.395-000 | (87) 99637-0942 |

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **Lagoa Grande-PE, 26 de Outubro de 2018**

Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Juclecio da Silva Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190 044 888 3 - CPF da vítima: 057 802 244-54 4 - Nome completo da vítima: JUCILECIO DA SILVA AMARAL

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

5 - Nome completo: JUCILECIO DA SILVA AMARAL 6 - CPF: 057 802 244-54
7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: RUA MARIA DA GUIA 9 - Número: 526 10 - Complemento:
11 - Bairro: LOT. MONTE NOVO 12 - Cidade: LACERDAS GRANDE 13 - Estado: RE 14 - CEP: 56395-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2991 CONTA: 65597 6
(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.

22 - 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LACERDAS GRANDE, 03/10/2019
Jucilecio da Silva Amaral
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190044888
Nome do(a) Examinado(a): Juclecio da Silva Amaral
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria da Guia, 526
Lotto Morada Nova Lagoa Grande PE CEP: 56395-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7237829
Data local do acidente: [25/09/2018]
Data local do exame: [11/02/2019] Petrolina [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.**

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

**Tratamento: LIMPEZA E SUTURA NA MÃO.DIREITA
CURATIVO ANTEBRAÇO DIREITO
MEDICAÇÃO PARA O TRAUMA OMBRO DIREITO
Complicações: PERDA DE PARTE DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO ULTIMOS (20 GRAUS).
PERDA DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS METACARPOS FALANGEANAS DOS 2 3 4 5.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**FERIMENTOS CICATRIZADOS.
PERDA DE 20 GRAUS DE EXTENSÃO DO COTOVELO, E DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPOS
FALANGEANAS.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**PERDA DOS ULTIMOS 20 GRAUS DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO.
PERDA DOS ULTIMOS 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS METACARPO FALANGEANS DOS 2 3 4 5 .**

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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(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):

MÃO - Lado Direito

% do dano: ☒ (X) 10% residual() 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

COTOVELO - Lado Direito

% do dano: ☒ (X) 10% residual() 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Marcelo Colimbré
Ortopedia - Traumatologia
Diplomado de Cultura
CRM/PE - 5145

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: | Nome completo da vítima: |
| | 057.802.274-54 | JUCLECIO DA SILVA AMARAL |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | | CPF: |
| JUCLECIO DA SILVA AMARAL | | 057.802.274-54 |
| Profissão: | Endereço: | Número: |
| MECÂNICO | RUA MARIA DA GUIA | 526 |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| LOTTO MORADA NOVA | LAGOA GRANDE | PE |
| E-mail: | CEP: | Tel.(DDD): |
| alfa_segurosdpvat@hotmail.com | 56.395-000 | (87) 99637-0942 |

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **Lagoa Grande-PE, 26 de Outubro de 2018**

Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Juclecio da Silva Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.282,50

*****TRANSFERIDO PARA:

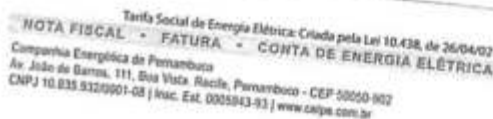
CLIENTE: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02991

CONTA: 000000065597-6

Nr. da Autenticação 61C5D456484A6DB7



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DA GUIA 526

CPF: 029.255.714-09 NIS: 16240804378

LOTTO MORADA NOVA LAGOA GRANDE
LAGOA GRANDE PE
58395-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

| | | |
|-------------------|---------------|------------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMIÇÃO |
| 035527808 | UNICA | 17/10/2018 |
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 17/10/2018 | 2007888017 | 1050008 |

CONTA CONTRATO
4010764420
DATA DE VENCIMENTO
24/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
MÊS/ANO
10/2018
DATA PREVISÃO PROXIMA LETURA
16/11/2018
86,37

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Atualização KPM-11F 00180551B - 21/10/17 | | | |
|--|------------|-------------|-------------|
| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| TAL DA FATURA | | | |

TOTAL DA FATURA

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|----------------|----------|---------|-------|---------|------------|-----------|--------|----------------|
| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KW/h) |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| HISTÓRICO DE CONSUMO | | | | | | | | | |

HISTÓRICO DE CONSUMO
litros/mês

| Mês | Consumo (litros) |
|--------|------------------|
| Out 10 | 10 |
| Set 10 | 0 |
| Ago 10 | 0 |
| Jul 10 | 0 |
| Jun 10 | 0 |
| Mai 10 | 0 |
| Abr 10 | 0 |
| Mar 10 | 0 |
| Feb 10 | 30 |
| Jan 10 | 30 |
| Dez 10 | 30 |
| Nov 10 | 100 |
| Out 10 | 30 |

| | BASE DE CALCULO | % | VALOR MONETARIO |
|--------|--------------------|------|--------------------|
| ICMS | | | |
| PIS | 14,62 | 0,94 | 27,10 |
| COFINS | 14,62 | 2,98 | 85,90 |

| Grupo de Energia | kg | 7,22 | 43,30% |
|--------------------|----|-------|--------|
| Transmissão | kg | 0,00 | 0,02% |
| Distribuição (D) | kg | 4,11 | 28,11% |
| Perdas de Energia | kg | 1,20 | 8,87% |
| Encargos Setoriais | kg | 0,60 | 4,10% |
| Tributos | kg | 0,31 | 2,06% |
| Total | kg | 14,82 | 100% |

Consumo Adolescente 2019/20
Consumo Adulto Superior a 20 años (10/19/20)

© 1999 Blackwell Science Ltd
© 2001 Blackwell Science Ltd

RESERVAÇÃO AO FISCO
AF51 747C 26A9 0A22 4603 5771 DIMEB 5301

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

Para o desenvolvimento de 2017, a área afirma que: "Esta declaração é a primeira para a compreensão do compromisso das organizações do consórcio, ao longo das atividades, para a melhoria dos serviços (Art. 1º, II, 2007/09). Esta declaração não abrange atividades de planejamento, desenvolvimento de projetos, nem tarefas administrativas, mas sim aquelas que possam ser consideradas o foco do processo paratático.

| EDICANTE | VALOR ANUAL DE INTERRUPÇÃO | LIMITE ANUAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE DIÁRIO |
|----------|----------------------------|--------------|-------------------|---------------|
| EDIC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| EDIC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Limite DIÁRIO: 0,00

R\$ - Valor em Dólares do Limite Sistêmico de Interrupção em R\$

| TENSÃO NOMINAL (V) | NÍVELS DE TENSÃO | |
|--------------------|------------------------|--------|
| | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | |
| | MINIMO | MAXIMO |
| 220 | 207 | 231 |

CONTA CONTRATO
4010764420

MÉSANO
10/30/10

DATA DE VENCIMENTO
24/10/2018

TOTAL A PAGAR (Rf)

86,37

8381000000-0 86370011004-5 01076442010-8 13095404473-6



EXCELSIOR SEGUROS
18 JAN. 2019
IRO PRIVAT



A V TELECOMUNICAÇÕES EIRELI ME

RUA DOS MIGRANTES 103 - VILA EDUARDO

(85)3035-1355

PAGADOR

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA CPF/CNPJ: 079.896.474-00

Endereço: RUA CASTRO ALVES, 52

Bairro: CENTRO

Cidade: Lagoa Grande UF: PE CEP: 56395-000

BENEFICIÁRIO

A V TELECOMUNICAÇÕES EIRELI - ME CNPJ: 40.847.352/0001-00

Endereço: RUA DOS MIGRANTES 103 - VILA EDUARDO

E-mail: setorcobranca@atellecom.com.br

Cidade: Lagoa Grande Fone: (87)3876-2471

Extrato da Fatura

| Serviço | Valor |
|-----------------------|-----------|
| MENSALIDADE - 11/2018 | R\$ 69,90 |

Sua conta

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Nº Doc: 1332848

Assinante: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Valor: R\$ 69,90

Vencimento: 10/11/2018

Conexões: 217

Download: 12.0 GB

Upload: 1.5 GB

Tempo Utilizado: 176:36:01

Período: 11/10/2018 à 10/11/2018

Linha digital: 03399.81169 01600.000150 10375.701017 9 77040000006990



Agência/Código do Beneficiário 4008/8116016

Nosso número 0000015103757



| | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|-------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| | 033-7 | 03399.81169 01600.000150 10375.701017 9 77040000006990 | | | | |
| Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | Vencimento 10/11/2018 | | | | |
| BENEFICIÁRIO A V TELECOMUNICAÇÕES EIRELI - ME - CNPJ: 40.847.352/0001-00 | | Agência / Código do Beneficiário 4008/8116016 | | | | |
| Data Documento 17/10/2017 | Número Documento 1332848 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data Processamento 10/11/2018 | Nosso Número 0000015103757 | |
| Uso Banco | Carteira 101 - COM REGISTRO | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento R\$ 69,90 | |
| Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário) Após o vencimento pagar só nas agências do BANCO SANTANDER. Multa de 2% após vencimento e, juros de 1% a.m. | | | | | (-) Desconto / Abatimento | |
| | | | | | (-) Outras Deduções | |
| | | | | | (*) Multa / Mora | |
| | | | | | (*) Outros Acréscimos | |
| | | | | | (=) Valor Cobrado | |
| PAGADOR ELVIS LAION DE SOUZA LIMA RUA CASTRO ALVES, 52 - CENTRO Lagoa Grande/PE - CEP: 56395-000 | | | | | CPF / CNPJ 079.896.474-00 | |



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 0905943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO RICARDO SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA DA GUIA 526

CPF 029.255.714-09 NIS 16246884378

LOTTO MORADA NOVA/LAGOA GRANDE
LAGOA GRANDE PE
56395-000

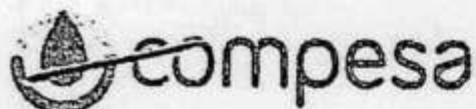
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM INS

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE | EMISSÃO |
|-------------------|---------------|------------------|
| 077415581 | UNICA | 13/09/2019 |
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DE INSTALAÇÃO |
| 13/09/2019 | 2002688017 | 1958568 |

| CONTA CONTRATO | MES/ANO |
|---------------------|------------------------------|
| 4010764420 | 09/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PARA A LEITURA |
| 20/09/2019 | 16/10/2019 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 6,41 |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | | | |
|---|------------|-------------|-------------|
| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo Ativo ate 30 kWh | 30.0000000 | 0,19198125 | 5,75 |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 0,43 |
| Multa por atraso-NF 073575220- 15/09/19 | | | 0,18 |
| Juros por atraso-NF 073575220- 15/09/19 | | | 0,05 |
| TOTAL DA FATURA | | | |



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - NUM. - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 18660814 Mai/2019

SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA

R DA CANAFISTULA, N. 00225 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633
0-035

INSCRIÇÃO: 111.860.339.0010.980 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 018660814

| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO | RESIDENCIAL 1 | QUANTIDADE DE ECONOMIAS | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|------------|
| | | | COMERCIAL | INDUSTRIAL |
| HIDRÔMETRO A11U157642 | DATA LEIT. ANTERIOR 14/05/2019 | DATA LEIT. ATUAL 13/06/2019 | TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO | |

ÁGUA:

LEIT ANT: 2527 CONSUMO: 37

LEIT ATU: 2564

LEIT FAT: 2564

ESGOTO:

LEIT ANT: VOLUME: 37

LEIT ATU:

LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019 27 /27
03/2019 36 /36
02/2019 32 /32
01/2019 25 /25
12/2018 33 /33
11/2018 29 /29

| PARAMETROS | NÚMERO DE AMOSTRAS | | |
|----------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
| | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANÁLISES REALIZ. | ATENDEM A LEGIS |
| TURBIDEZ | 130 | 130 | 128 |
| COR APARENTE | 130 | 130 | 125 |
| CLORO RESIDUAL | 130 | 130 | 130 |
| COLIF. TOTAIS | 130 | 130 | 125 |
| E. COLI | 130 | 130 | 130 |

MÉDIA: 30 /30

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3

31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3

CONSUMO TOTAL(R\$)

10 M3 41,30
10 M3 47,40
10 M3 56,30
7 M3 54,25

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ELVIS LAION DE SOUZA LIMA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **079.896474-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JUCLECIO DA SILVA AMARAL** inscrito (a) no CPF sob o Nº **057.802.274-54**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **JUCLECIO DA SILVA AMARAL**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **057.802.274-54** conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: **Secretário Escolar** Renda: **R\$ 1300,00** e apresento os documentos comprobatórios: **Comprovante de Residência, Comprovante de Renda e Profissão**

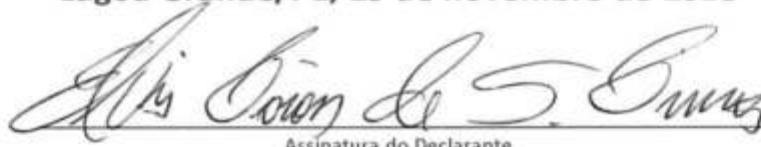
☐ Recuso informar

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 | | Número | Complemento |
| RUA CASTRO ALVES | | 52 | CASA |
| Bairro | Cidade: | Estado | CEP |
| CENTRO | LAGOA GRANDE | PE | 56395-000 |
| Email | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| alfa_segurosdpvat@hotmail.com | (87) 996370942 | (87) 988420399 | |

Lagoa Grande/PE, 29 de novembro de 2018



Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu THIAGO ANDRÉ MUNGABEIRS DE CARVALHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 079 529 654, 17, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FULCÍCIO DA SILVA AMARAL inscrito (a) no CPF sob o Nº 057 802 274, 54

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FULCÍCIO DA SILVA AMARAL

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057 802 274, 54, 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 CANAÍSTOLA</u> | Número: <u>226</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>ARMAZIL BRANCA</u> | Cidade: <u>PETROLINA</u> | Estado: <u>PE</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>56330-035</u> | Tel. (DDD): <u>(81) 995024368</u> |

Local e Data: PETROLINA, 08 de OUTUBRO de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51316271

Paciente: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Mãe: MARIA LUZIA DA SILVA

Endereço: RUA MARIA DA GUIA, nº 526 - MORADA NOVO / LAGOA GRANDE (PE)

CNS: 708003324729823

Doc. Identificação: 7237829

Nasc.: 04/12/1985 Idade: 32

Telephone: (null) null

ANAMNESE DO MÉDICO

Exame físico de Coluna Cervical: 30 min; Paravertebral;
montado; ACV; AR - sem alterações; ABD - sem sinais de
irritação; Exame de náveas cervicais pelo C6 e C7 - C6 - C7 - C8 -
C9 - C10 - C11 - C12 - C13 - C14 - C15 - C16 - C17 - C18 - C19 - C20 - C21 - C22 - C23 - C24 - C25 - C26 - C27 - C28 - C29 - C30 - C31 - C32 - C33 - C34 - C35 - C36 - C37 - C38 - C39 - C40 - C41 - C42 - C43 - C44 - C45 - C46 - C47 - C48 - C49 - C50 - C51 - C52 - C53 - C54 - C55 - C56 - C57 - C58 - C59 - C60 - C61 - C62 - C63 - C64 - C65 - C66 - C67 - C68 - C69 - C70 - C71 - C72 - C73 - C74 - C75 - C76 - C77 - C78 - C79 - C80 - C81 - C82 - C83 - C84 - C85 - C86 - C87 - C88 - C89 - C90 - C91 - C92 - C93 - C94 - C95 - C96 - C97 - C98 - C99 - C100 - C101 - C102 - C103 - C104 - C105 - C106 - C107 - C108 - C109 - C110 - C111 - C112 - C113 - C114 - C115 - C116 - C117 - C118 - C119 - C120 - C121 - C122 - C123 - C124 - C125 - C126 - C127 - C128 - C129 - C130 - C131 - C132 - C133 - C134 - C135 - C136 - C137 - C138 - C139 - C140 - C141 - C142 - C143 - C144 - C145 - C146 - C147 - C148 - C149 - C150 - C151 - C152 - C153 - C154 - C155 - C156 - C157 - C158 - C159 - C160 - C161 - C162 - C163 - C164 - C165 - C166 - C167 - C168 - C169 - C170 - C171 - C172 - C173 - C174 - C175 - C176 - C177 - C178 - C179 - C180 - C181 - C182 - C183 - C184 - C185 - C186 - C187 - C188 - C189 - C190 - C191 - C192 - C193 - C194 - C195 - C196 - C197 - C198 - C199 - C200 - C201 - C202 - C203 - C204 - C205 - C206 - C207 - C208 - C209 - C210 - C211 - C212 - C213 - C214 - C215 - C216 - C217 - C218 - C219 - C220 - C221 - C222 - C223 - C224 - C225 - C226 - C227 - C228 - C229 - C230 - C231 - C232 - C233 - C234 - C235 - C236 - C237 - C238 - C239 - C240 - C241 - C242 - C243 - C244 - C245 - C246 - C247 - C248 - C249 - C250 - C251 - C252 - C253 - C254 - C255 - C256 - C257 - C258 - C259 - C260 - C261 - C262 - C263 - C264 - C265 - C266 - C267 - C268 - C269 - C270 - C271 - C272 - C273 - C274 - C275 - C276 - C277 - C278 - C279 - C280 - C281 - C282 - C283 - C284 - C285 - C286 - C287 - C288 - C289 - C290 - C291 - C292 - C293 - C294 - C295 - C296 - C297 - C298 - C299 - C300 - C301 - C302 - C303 - C304 - C305 - C306 - C307 - C308 - C309 - C310 - C311 - C312 - C313 - C314 - C315 - C316 - C317 - C318 - C319 - C320 - C321 - C322 - C323 - C324 - C325 - C326 - C327 - C328 - C329 - C330 - C331 - C332 - C333 - C334 - C335 - C336 - C337 - C338 - C339 - C340 - C341 - C342 - C343 - C344 - C345 - C346 - C347 - C348 - C349 - C350 - C351 - C352 - C353 - C354 - C355 - C356 - C357 - C358 - C359 - C360 - C361 - C362 - C363 - C364 - C365 - C366 - C367 - C368 - C369 - C370 - C371 - C372 - C373 - C374 - C375 - C376 - C377 - C378 - C379 - C380 - C381 - C382 - C383 - C384 - C385 - C386 - C387 - C388 - C389 - C390 - C391 - C392 - C393 - C394 - C395 - C396 - C397 - C398 - C399 - C400 - C401 - C402 - C403 - C404 - C405 - C406 - C407 - C408 - C409 - C410 - C411 - C412 - C413 - C414 - C415 - C416 - C417 - C418 - C419 - C420 - C421 - C422 - C423 - C424 - C425 - C426 - C427 - C428 - C429 - C430 - C431 - C432 - C433 - C434 - C435 - C436 - C437 - C438 - C439 - C440 - C441 - C442 - C443 - C444 - C445 - C446 - C447 - C448 - C449 - C450 - C451 - C452 - C453 - C454 - C455 - C456 - C457 - C458 - C459 - C460 - C461 - C462 - C463 - C464 - C465 - C466 - C467 - C468 - C469 - C470 - C471 - C472 - C473 - C474 - C475 - C476 - C477 - C478 - C479 - C480 - C481 - C482 - C483 - C484 - C485 - C486 - C487 - C488 - C489 - C490 - C491 - C492 - C493 - C494 - C495 - C496 - C497 - C498 - C499 - C500 - C501 - C502 - C503 - C504 - C505 - C506 - C507 - C508 - C509 - C510 - C511 - C512 - C513 - C514 - C515 - C516 - C517 - C518 - C519 - C520 - C521 - C522 - C523 - C524 - C525 - C526 - C527 - C528 - C529 - C530 - C531 - C532 - C533 - C534 - C535 - C536 - C537 - C538 - C539 - C540 - C541 - C542 - C543 - C544 - C545 - C546 - C547 - C548 - C549 - C550 - C551 - C552 - C553 - C554 - C555 - C556 - C557 - C558 - C559 - C560 - C561 - C562 - C563 - C564 - C565 - C566 - C567 - C568 - C569 - C570 - C571 - C572 - C573 - C574 - C575 - C576 - C577 - C578 - C579 - C580 - C581 - C582 - C583 - C584 - C585 - C586 - C587 - C588 - C589 - C590 - C591 - C592 - C593 - C594 - C595 - C596 - C597 - C598 - C599 - C600 - C601 - C602 - C603 - C604 - C605 - C606 - C607 - C608 - C609 - C610 - C611 - C612 - C613 - C614 - C615 - C616 - C617 - C618 - C619 - C620 - C621 - C622 - C623 - C624 - C625 - C626 - C627 - C628 - C629 - C630 - C631 - C632 - C633 - C634 - C635 - C636 - C637 - C638 - C639 - C640 - C641 - C642 - C643 - C644 - C645 - C646 - C647 - C648 - C649 - C650 - C651 - C652 - C653 - C654 - C655 - C656 - C657 - C658 - C659 - C660 - C661 - C662 - C663 - C664 - C665 - C666 - C667 - C668 - C669 - C670 - C671 - C672 - C673 - C674 - C675 - C676 - C677 - C678 - C679 - C680 - C681 - C682 - C683 - C684 - C685 - C686 - C687 - C688 - C689 - C690 - C691 - C692 - C693 - C694 - C695 - C696 - C697 - C698 - C699 - C700 - C701 - C702 - C703 - C704 - C705 - C706 - C707 - C708 - C709 - C710 - C711 - C712 - C713 - C714 - C715 - C716 - C717 - C718 - C719 - C720 - C721 - C722 - C723 - C724 - C725 - C726 - C727 - C728 - C729 - C730 - C731 - C732 - C733 - C734 - C735 - C736 - C737 - C738 - C739 - C740 - C741 - C742 - C743 - C744 - C745 - C746 - C747 - C748 - C749 - C750 - C751 - C752 - C753 - C754 - C755 - C756 - C757 - C758 - C759 - C760 - C761 - C762 - C763 - C764 - C765 - C766 - C767 - C768 - C769 - C770 - C771 - C772 - C773 - C774 - C775 - C776 - C777 - C778 - C779 - C780 - C781 - C782 - C783 - C784 - C785 - C786 - C787 - C788 - C789 - C790 - C791 - C792 - C793 - C794 - C795 - C796 - C797 - C798 - C799 - C800 - C801 - C802 - C803 - C804 - C805 - C806 - C807 - C808 - C809 - C810 - C811 - C812 - C813 - C814 - C815 - C816 - C817 - C818 - C819 - C820 - C821 - C822 - C823 - C824 - C825 - C826 - C827 - C828 - C829 - C830 - C831 - C

Dra. Yza Mariana C. B...
CRM-877-201

HJ - UNIVASF
CONFERE, CUM 2 ORIGINAL
Data: 10/10/11

Michelle Mendes Pucin
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SAPE, 219.2962

EXCELSIOR SEGUROS
18 JAN. 2019
SEGURO DPVAT.

Ass. Paciente: _____

Saida: ____ / ____ / ____ Hora: ____ :

Data de Impressão: 25/09/2018

Hora: 07.36

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: JUCLECIO DA SILVA AMARAL Chegada: 25/09/2018 07.20.18
Sexo: MASCULINO Idade: 32
Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 04/12/1985

Classificação de Risco

| | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|--|
| Queixa Principal: | FERIMENTOS EM FACE+ MSD + DORSO APÓS COLISÃO VANXCAÇAMBA HÁ 1H | | | | | | | |
| Fluxograma: | FERIDAS | | | | Discriminador: EVENTO RECENTE | | | |
| Parâmetros: | Glicemia Capilar | | | | Escala de Coma de Glasgow: | | 15 | |
| | Pulso | | | | Ritmo: | | Sat O2 (%): | |
| | Temperatura Timpânica | | | | Escala de Dor: 4 | | PA | |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE VERMELHA 0 minutos | MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos | URGENTE AMARELA Até 60 minutos | <input checked="" type="checkbox"/> | POUCO VERDE Até 120 minutos | NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos | BRANCO | |
| Fluxo Interno: | CIRURGIÃO | | | | | | | |
| Classificador: | ADRIANA SOARES DE LIMA LEANDRO | | | COREN / CRM: | 273643 | Hora de Início CR: | 25/09/2018 07.29.07 | |
| | | | | | | Hora de Fim CR: | 25/09/2018 07.30.21 | |

Reclassificação

| | | | | | | | | |
|---------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------|-----------------------------------|--|-----------------|--|
| Queixa Principal: | | | | | | | | |
| Fluxograma: | | | | | Discriminado | | | |
| Parâmetros: | Glicemia Capilar | | | | Escala de Coma de Glasgow: | | | |
| | Pulso | | | | Ritmo: | | Sat O2 (%): | |
| | Temperatura Timpânica | | | | Escala de Dor: | | PA | |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE VERMELHA 0 minutos | MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos | URGENTE AMARELA Até 60 minutos | | POUCO VERDE Até 120 minutos | NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos | BRANCO | |
| Fluxo Interno: | | | | | | | | |
| Classificador: | | | | COREN / CRM: | | Hora de Início CR: | Hora de Fim CR: | |
| | | | | | | | | |

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAGE: 219.2962

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 25/09/2018 14:00



Prefeitura
Lagoa Grande
Desenvolvimento e Cidadania

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

☒ ATESTADO

☐ DECLARAÇÃO

NOME:

Fulécio da Silva Amaral

IDADE:

32 anos

UNIDADE DE SAÚDE:

PSF



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO FICANDO IMPOSSIBILITADO
DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE CID: T119
NECESSITANDO DE 05 (cinco) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

SE DECLARAÇÃO:



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO _____ h,
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU AO ACOMPANHANDO O PACIENTE: _____
NO DIA ____/____/____

DATA:

22, 10, 18

Dra. Lúcia de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | | |
|---|-----|----|
| Nome Completo: | | |
| CRM | UF | Nº |
| Endereço Completo e Telefone: | | |
| Cidade: | UF: | |
| Dra. Ludmilla de S. Marques Médica CRM-PE 24751 | | |

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Juliano da Silva Amaral

Endereço: _____

Prescrição: Uso oral

① Cefalexina 500mg comprimidos 40 cp

Tomar 01 cp de 6/6 horas, durante

30 dias.

28/09/18

Dra. Ludmilla de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
|----------------------------|-----------------------------|
| Nome: | |
| Ident.: | |
| Endereço: | |
| Cidade: | |
| Telefone: | |
| Órg. Emissor: | |
| UF: | |
| | ASS. DO FARMACÊUTICO |
| | DATA: ____/____/____ |



SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.

Rua 01, Nº 01 - Alto da Maravilha - Tel.: (74) 3613-8888 / Fax: (74) 3613-8889 / 3613-8887

CNPJ: 13.971.890/0001-20 - CEP: 48.904-580 - Juazeiro-BA - E-mail: sote@uol.com.br

LAUDO MEDICO

JUCLECIO DA SILVA AMARAL

RG :7237829-SSP/B

**SOFREU ACIDENTE DE CARRO DIA 25/SETEMBRO 2018 -
COLISÃO DA CAÇAMBA + VAM – TRANSPORTE .ONDE
MORRERAM 04 PESSOAS .**

**TEVE FERIDA GRAVE NO OMBRO D+ ANTEBRAÇO D E MÃO
DIREITA COM PERDA DE TECIDOS COM LESÃO DE MUSCULOS E
TENDÕES . FEZ TRATAMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA COM
USO DE MEDICAMENTOS , CURATIVOS , PROCEDIMENTOS
MEDICOS E REPOUSO . ESTÁ DE ALTA DEFINITIVA NÃO HÁ MAS
TRATAMENTO FAZER – PORÉM FICOU COM SEQUELA
PERMANENTE , IRREVERSIVEL – LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO
OMBRO D + COTOVELO D E DA MÃO DIREITA
PERCENTAGEM 60 % .**

TRABALHA SERVIÇO PESADO - MECANICA

CID: S 510 S 517 S 663 T 922 T 920 .

JUAZEIRO-BA 09/11/2018 .

Roberto B. Alencar

CRM 357

**Dr. Roberto B. Alencar
Ortopedia Traumatologia
CRM-BA 3.510 / 4087-PE
CPF: 035.868.985-68**

— Juécio do Sales Amoral 01.04.12.85 32 anos 59
708 0033 2472 9823 *previdência*

22.10.18 * 32 anos -

Paciente com história de acidente automobilístico há 28 dias, com trauma importante em MSD. Apresenta dificuldade de movimentar dedos de mão (D), ombro (D) e abdução de cotovelo.
No momento com ferimento seco, sem secreção em contusão (D) -

CD Solicito RX - MSD -

Atestado 5 dias -

Avaliação possib. de fisio e ortop.

Orient -

Dra. Ludmila de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

30.10.18 * 32a

Retorno c/ RX - ^{ortop} sem início de fratura (aparentemente) -

CD: Encaminhado à fisio.

" ao ortopedista.

Orient -

Dra. Ludmila de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

19.11.18 * 32a

Paciente foi avaliado por ortopedista o qual emitiu laudo com CID: S510 ; S517 ; S663 , T922/T920.
Sequelas permanente, irreversível - limitação do movimento de ombro (D) + cotovelo (D) e mão (D) per centagem de 60% -

CD: Forneco laudo p/ INSS -
eventuação

Dra. Ludmila de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

EXCELSIOR SEGUROS
04 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

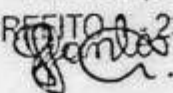
RECEITUÁRIOUnidade de Saúde: NASFNome: Jucélio da Silva Amaral Registro Nº _____**Laudos Fisioterapêuticos**

Declaro para os devidos fins de direito, que o paciente, supracitado, 33a., vítima de acidente (colusão entre dois automóveis), apresenta durante avaliação fisioterapêutica: diminuição da amplitude de movimento de antebraço (para extensão) e mão (para flexão de dedos), ambos do MSD + paresia e parestesia de MSD. Portanto, incapaz de realizar suas atividades laborais.

Segue sob acompanhamento fisioterapêutico contínuo.

Dr. Giselle Skalet de J. Santos
Fisioterapeuta

CREITO 1 - 234931-F

DATA: 09/05/2019

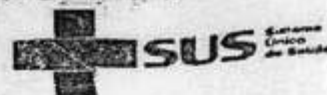
Assinatura e Carimbo



Prefeitura
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____

REGISTO Nº _____

Jucilecio da Silva Gomes,
33 anos, Mecânico, apresentando
queixa de dor no ombro,
durante o levantamento de cargas
inferiores no dorso do tronco
e 1/3 proximal do braço.
Limitação de extensão e flexão
máximas do cotovelo e
dos punhos. A dor
é moderada - 5/10.

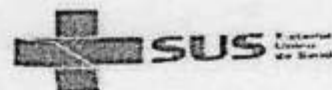
DATA: _____

26/19

ASSINATURA E CARIMBO



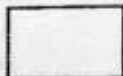
Lagoa Grande



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima

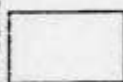


ATESTADO

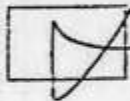


DECLARAÇÃO

NOME: Julcicio da Silva Amorim IDADE: 33

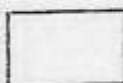


ESTEVE HOSPITAZADO NO PERÍODO DE / / Á / /
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO FICANDO IMPOSSIBILITADO
DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.

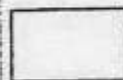


COMPARECEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE
NECESSITANDO DE 15-quinge DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: T922/T870/S663



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO NESTA DATA HORÁRIO h
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU ACOMPANHANDO O PACIENTE:
 NO DIA / / .

DATA: 17/07/19

Dr. Igor Amorim
Médico
CRM/PE 28375

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



Prefeitura
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:

CRM :

UF:

Nº

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE:

CIDADE:

UF:

1*VIA FARMÁCIA

2* VIA PACIENTE

17/07/18
Dr. Igor Amorim
Médico
CRM-PE 28375

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

Uso Oral

1) Carbopentina 30mg _____ 1x
Tumor 1cp, de 8/8h, se dor

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR | |
|----------------------------|---------------|-----------------------------|--|
| NOME: | | | |
| IDENT: | ÓRG. EMISSOR: | ASS. DO FARMACÊUTICO | |
| ENDEREÇO: | | | |
| CIDADE: | UF: | DATA: ____/____/____ | |
| TELEFONE: | | | |

Manoel



PREFEITURA
Lagoa Grande
Desenvolvimento e Cidadania

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

| | | | |
|--|------------------|--|------------------------------------|
| PACIENTE: <i>Julcius da Silva Amorim</i> | | <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | CARTÃO SUS: _____ |
| MÃE: _____ | | RG: _____ | DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ |
| ENDEREÇO: _____ | | FONE: <i>9929-8041</i> | |
| BAIRRO: _____ | MUNICÍPIO: _____ | OCUPAÇÃO: _____ | |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Paciente com limitação de movimento de MSD; após trauma. Necessita de 10 sessões de fisioterapia motora;</i> | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>A Fisioterapia</i> | | CÓDIGO: _____ | |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE: <i>Dr. Igor Amorim</i> <i>Médico</i> <i>CRM-PE 28375</i> | | UNIDADE PRESTADORA: _____ | |
| DATA: <i>17,07,19</i> | | AUTORIZAÇÃO: DATA: ____/____/____ | |
| UNIDADE SOLICITANTE: _____ | | DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO(S) EXAME(S) DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____ | |
| ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____ | | Caso não assine, aplicar o polegar direito ao lado: _____ | |

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: CEAME

NOME: Fuckcio da Silva Amaral REGISTO Nº _____

Lauda Fisioterapêutica

Declaro, para os devidos fins de direito, que o paciente, supracitado, 33a, vítima de acidente automobilístico, apresenta durante reavaliação fisioterápica: déficit de amplitude de movimento do antebraço (para extensão) do ombro (para abdução) e mão (para flexão de dedos), ambos do MSD + parestia e parestesia de MSD, refratários à fisioterapia. Portanto incapaz de realizar suas atividades laborais.

Tal paciente encontra-se com tratamento fisioterapêutico finalizado (alta definitiva).

DATA: 03/10/2019

Drª Giselle Skalet de J. Santos

Fisioterapeuta
CREFID-1 - 234931-F

ASSINATURA E CARIMBO

Ào Seguro DPVAT

VITIMA: JUCLECIO DA SILVA AMARAL
SIN.: 3190 044888

Não entendemos como vocês a seguradora informa que o valor que a vítima acima mencionada recebe o valor correto referente ao sinistro ocorrido com o mesmo, sem marcar uma península para que seja realocado.

~~Por~~ Informamos que a seqüela que o sr. Juclecio da Silva Amaral possui sem piorando, houve sim um agravamento da seqüela, o qual o impossibilita de exercer suas atividades cotidianas.

Podemos com urgência que seja marcada a península para realocação da lesão em que libere o valor que seja digno para o mesmo.

Sem mais,
Atenciosamente,

THIAGO AUGUSTO M. DE CARVALHO (Procurador)

Ass. M. O. A. O.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CENAL 7.237.829 DATA DE
EXPIÇÃO 24/04/2017

NOME
<< JUCLECIO DA SILVA AMARAL >>

FILIAÇÃO
<< MARIO GOMES DO AMARAL >>
<< MARIA LUZIA DA SILVA >>

NATURALIDADE
SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE DATA DE NASCIMENTO
04/12/1985

DOC. ORIGINAL << CN. 13.123 L.440 F.204V CART. >>

OURICURI-PE 16.06.1986 >>

CPF 057.802.274-54

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

717057500305145240.7420843 F-76 31.181 - 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-4

IDENTIFICAÇÃO VANTAGEM

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

18 JAN. 2019

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1564747865

Nome
ELVIS LAION DE SOUZA LIMA



DOC. IDENTIDADE / C.R.D. EMISSOR / UF
1307251889 SSP BA

CPF
079.896.474-00

DATA NASCIMENTO
11/03/1988

RELACÃO
NÃO DECLARADO

SUZANA MARTA DE SOUZA LIMA

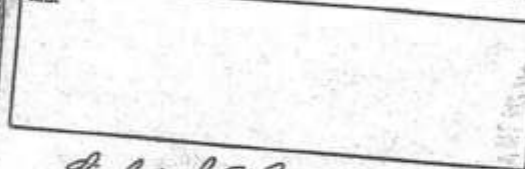
PERMISSÃO
AB

VALIDADE
20/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
03/10/2008

Nº REGISTRO
04469865732

OBSERVAÇÕES
NAR



Elvis Laion de Souza Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RETROLINA, PE

DATA EMISSÃO
25/04/2018

Carlos Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

01104110796
PE085547670

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1564747865

EXCELSIOR SEGUROS
18 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

9071033 SDS PE

CPF

079.529.654-17

DATA NASCIMENTO

07/07/1996

FILIAÇÃO

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE

DE CARVALHO

ROBERTA ALESSANDRA

MANGABEIRA ALBUQUERQUE

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

06256997236

VALIDADE

09/07/2019

1ª HABILITAÇÃO

11/12/2014

OBSERVAÇÕES

sem observações

Thiago Andre Mangabeira de Carvalho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

28/12/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

11801115410
PE070626146

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219599325

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219599325

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: **057.802.274.54** Nome completo da vítima: **JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

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

Nome completo: **JUCLECIO DA SILVA AMARAL** CPF: **057.802.274.54**
Profissão: **Mecânico** Endereço: **RUA Maria da guia** Número: **526** Complemento: **CASA**
Bairro: **Lotto morada nova** Cidade: **Lagoa grande** Estado: **PE** CEP: **56.395-000**
E-mail: **alfa_segurosdpavat@hotmail.com** Tel.(DDD): **99637-0942**

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2991** CONTA: **65597** **6**
(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 do 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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Juclecio da Silva Amaral
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 43905 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 214A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA
Ofício nº 73 / 2018 Data 9 / 11 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 214A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA



O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 12:27 do dia 9 de Novembro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de JUCLECIO DA SILVA AMARAL filho(a) de MARIO GOMES DO AMARAL e de MARIA LUZIA DA SILVA, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Liso, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 32 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 7237829, profissão MECÂNICO, endereço RUA MARIA DA GUIA, nº 526, complemento: NÃO INFORMADO, bairro MORADA NOVA, telefone/s, (87)99989-8041, LAGOA GRANDE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Informa o examinado, que teria sido vítima de acidente automobilístico em 25/09/2018 e que recebeu atendimento médico no Hospital Universitário. Traz laudo médico, assinado por Dr Roberto B. Alencar, CRM/PE 4087, que descreve perda de tecidos, lesão muscular e de tendões em membro superior direito. Realizou tratamento conservador e encontra-se de alta definitiva.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Déficit de força em membro superior direito, com assimetria em relação ao esquerdo. Diversas lesões e escoriações em face lateral do antebraço direito.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando vítima de instrumento de ação contundente com debilidade permanente de membro.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Debilidade permanente de membro.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Não.




Dr. Julio César Freire
Médico Legista
PE 22.634/Med-386.536-3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. JÚLIO CÉSAR EUGÊNIO PEREIRA FREIRE -
CRM 22634-PE.



Perito responsável

Dr. Júlio César Freire
Médico Legista
PE 22.634 Mat 366.536-3

TM 43905/2018

Matrícula: 012021

Nome: ELVIS LAJON DE SOUZA LIMA

Função: SECRETARIO(A) ESCOLAR III

Cargo Amplo: ASISTENTE - Grupo 1

Classe: C6

Padrão: P1

CPF: 079.896.474-00

RG: 1307251889

Admissão: 30/01/2012

Regime: Concursado

Situação: Normal

Pag.: CONTA CORRENTE

Agência: 80-9

Conta: 0017446-2

[illegible]

Mensagem

| | | | | | | |
|--------------|------------------|-----------|-----------|-------------------|--------------|------------|
| Salário Base | Base INSS Outros | Base INSS | Base FGTS | FGTS Recolhimento | Base p/ IRRF | Faixa IRRF |
| 1.409,15 | | 1.520,27 | | | 1.489,85 | |

Emitido pela internet em 29/11/2018 às 11:43:44

A autenticidade desse documento pode ser verificada no endereço <http://www.juazeiro.ba.gov.br/app/juazeiro01/portaldoservidor/> digitando-se o código de controle impresso abaixo.

Código de Verificação: **A2B93AA7AE2362C**



Destinatário: CIA Excelsior Seguros
Av. Marquês de Olinda, nº 1º
Recife - Recife Antigo - PE,
CEP: 50.030-000.

Sinistro Novo
Vítima: Judicio da Silva Amaral
CPF: 059.802.274-54
Cobertura: Invalidez.



Remetente: Alfa Seguros Dpuat
(Elvis Raion de Souza Lima)
Rua Castro Alves, nº 52, Centro
Lapa Grande - PE, CEP: 56.395-000

Do Seguro DPVAT
nº do Processo: 3190044888
vítima: Juliano da Silva Amaral

Eu Juliano da Silva Amaral, residente a Rua Maria da Graça, 516 - Morada Nova - Lajea Grande - PE. Sofri um acidente de trânsito em 25 de Setembro de 2018, onde dei entrada no Seguro DPVAT, o qual recebi um valor muito baixo. Comunico à Seguradora que minha lesão se agravou, solicito que para uma real liberdade no meu processo, pois com o decorrer do tempo só veio piorar minha seqüela, já fiz sessões de fisioterapia e tomei vários medicamentos, porém não tenho melhoras, conforme laudos médicos que estou enviando, minhas seqüelas só pioraram, estou impossibilitado de exercer minhas atividades cotidianas pois os seqüelas são irreversíveis de caráter permanente. Solicito encarecidamente uma reparação urgente, pois preciso muito dessa indenização.

Lajea Grande / PE 03 de Outubro de 2019

Juliano da Silva Amaral

Do Seguro DPVAT
nº do Processo: 3190044888
vítima: Juliano da Silva Amaral

Eu Juliano da Silva Amaral, residente a Rua Maria da Graça, 516 - Morada Nova - Lajeado Grande - PE. Sofri um acidente de trânsito em 25 de Setembro de 2018, onde dei entrada no Seguro DPVAT, o qual recebi um valor muito baixo. Comunico à Seguradora que minha lesão se agravou, solicito que para uma real liberdade no meu processo, pois com o decorrer do tempo só veio piorar minha seqüela, já fiz sessões de fisioterapia e tomei vários medicamentos, porém não tenho melhoras, conforme laudos médicos que estou enviando, minhas seqüelas só pioraram, estou impossibilitado de exercer minhas atividades cotidianas pois os seqüelas são irreversíveis de caráter permanente. Solicito encarecidamente uma reparação urgente, pois preciso muito dessa indenização.

Lajeado Grande / PE 03 de Outubro de 2019

Juliano da Silva Amaral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame FERIMENTOS CICATRIZADOS.

físico: PERDA DE 20 GRAUS DE EXTENSÃO DO COTOVELO, E DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPOS FALANGEANAS.

Resultados terapêuticos: PERDA DOS ULTIMOS 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPO FALANGEANAS DIREITA
PERDA DOS ULTIMOS 20 GRAUS DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 9,5 % | R\$ 1.282,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame FERIMENTOS CICATRIZADOS.

físico: PERDA DE 20 GRAUS DE EXTENSÃO DO COTOVELO, E DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPOS FALANGEANAS.

Resultados terapêuticos: PERDA DOS ULTIMOS 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPO FALANGEANAS DIREITA
PERDA DOS ULTIMOS 20 GRAUS DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau residual - 10 % | 2,5% | R\$ 337,50 |
| Total | | | 9,5 % | R\$ 1.282,50 |