
Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112910

Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

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, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112910

Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Em razão da falta de apresentação do(a) Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Carta nº 15654578



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112910

Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 00000739-0

Conta: 000005854-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:
	885.024.143-72	ANTONIO JESSIVAN DUQUE DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ANTONIO JESSIVAN DUQUE DE SOUZA	885.024.143-72	
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTOR	RUA LUIS CAMELO PAIVA	16
Bairro:	Cidade:	Estado:
SÃO PEDRO	TAMBORIL	PARÁ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63.750-000	(94) 30015-9444

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>BRADESCO (237)</u> AGÊNCIA: <u>739</u> <u>0</u> CONTA: <u>5854</u> <u>8</u> (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: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Tamboril - PE, 04.03.2020.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 96 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2020 15:17:41**
Data / Hora da Ocorrência: **07/01/2019 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA**
Nascimento: CPF: **885.024.143-72**
RG: **2856318-94** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA**
Endereço: **RUA LUIZ CAMELO PAIVA, 16**
Bairro: **VL SÃO PEDRO**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HX07350** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2JC30101R042578 Renavam: **752072374** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERDE Proprietário: **JOSE JULIO QUIRINO ARAUJO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

informou que estava na garupa da moto conduzida por seu primo numa estrada de carrossal quando um animal (porco) estava passando e o veículo o atropelou; QUE seu primo ADRIANO levou a vítima para o Hospital de Tamboril; QUE no hospital foi feito um Raio X onde foi constatado que a vítima havia rompido o tendão do braço direito. E nada mais disse.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

TESTEMUNHA JOSÉ ADRIANO SOUSA ARAUJO (CPF 885.902.083-20)

QUE é primo da vítima; QUE estava conduzindo o veículo no momento do acidente; QUE ambos estavam fazendo uma entrega quando perderam o controle da moto e caíram; QUE a vítima na queda fraturou o ombro; QUE um amigo da vítima de nome AGUACIANO a levou para o Hospital de Tamboril. E nada mais disse.

TESTEMUNHA VICENTE DE PAULO QUIRINO DE SOUZA (CPF 600.905.933-08)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 96 / 2020

QUE é irmão da vítima; QUE estava trabalhando e recebeu um telefonema de um rapaz que estava no local do acidente informando que seu irmão havia se acidentado; QUE se dirigiu ao Hospital de Tamboril, onde a vítima recebeu socorro médico. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Debora Mendes Amorim Dantas
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonio Jussivan Araujo Souza

VISTO DO DELEGADO(A) : LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 301253-1-2

+ VICENTE DE PAULO QUIRINO DE SOUZA

+ José Adriano Sousa Araujo

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:
	885.024.143-72	ANTONIO JESSIVAN DUQUE DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ANTONIO JESSIVAN DUQUE DE SOUZA	885.024.143-72	
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTOR	RUA LUIS CAMELO PAIVA	16
Bairro:	Cidade:	Estado:
SÃO PEDRO	TAMBORIL	PARÁ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63.750-000	(94) 99915-9444

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>BRADESCO (237)</u> AGÊNCIA: <u>739</u> <u>0</u> CONTA: <u>5854</u> <u>8</u> (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: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Tamboril - PE, 04.03.2020.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

Nº: _____

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Horz 19:11 DATA: 07/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS: _____

NOME: AUTÔNIO JESUÍM QUIRINO DE SOUZA IDADE: 43

Nº DO DOCUMENTO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1

C.N.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: _____

NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/10/75

EST. CIVIL: SOLT SEXO: M TELEFONE: _____ ESCOLARIDADE: _____

R. MÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: VILA SÃO PEDRO

FILIAÇÃO: AUTÔNIO PINTO DE SOUZA

MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente alcoolizado sofreu acidente de motocicleta

4. DIAGNÓSTICO: lesão de + edema no ombro (D)

5. CONDUTA: CO: R x do ombro (D)

6. EXAMES SOLICITADOS:

7. PA: 120/90 mmHg

8. TEMP.: _____

9. PESO: _____

Dr. Karen Gomes L. de Freitas
Médica
CRM 18445

Assinatura do Médico

BOM DIA - TAMBORIL

1. De xametas na 1a. 14 } 20-15 ←
2. De xametas na 1a. 14 }

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 000000005854-8

Nr. Autenticação

BRDESCO210520200500000000023700739000000005854168750 PAGO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Sela Única) Nº 032509298

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60126-040

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.548-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 12.478 de 26-06-2012

Esta é a sua conta de 11/2019

Nº DO CLIENTE
8761373

VENCIMENTO
10/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
80,12

DATA EMISSÃO
11/11/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Endereço RU LUIS CAMELO PAIVA 00016 00016
63750-000 TAMBORIL SAO PEDRO

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5086012-ELE-626 - TL006/U04

CPF / CNPJ

885.024.143-72

DATAS DE LEITURA

Anterior 09/10/2019 | Atual 11/11/2019 | Próx. Próx. Leitura 09/12/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9083.C8D9.1696.CFF2.D23A.9DE5.DF89.5D67

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto Tarifário	Consumo Leitura Anterior	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Anterior	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Liquidado (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	5380,00	5845,00	131,00	0,00	0,00	0,00	1,00	131,00	131,00	0,31046	40,57

DESCRIÇÃO DA CONTA

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CP - LUM.PUB.FRFP.MANC			0,96
Pagamento Duplicata/Nota Loc			3,38
Consumo sem Subvenção			25,90
Desconto Baixa Renda			25,90
Consumo de 000 kWh até 500 kWh	30	5,17700	1,55
Consumo de 500 kWh até 100 kWh	70	0,30057	21,25
Consumo de 100 kWh até 220 kWh	31	0,45516	14,11
Adicional Band. Amarela	30	0,00332	0,79
Adicional Band. Vermelha	30	0,00407	1,00
Gratua. Contas Baixa Renda			0,00
Pis. Contas Baixa Renda			0,00
GOB. CENOTECOR 800 600 6533			38,88

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Ponto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensada kg (CO ₂)	Consistência Ecológica (RSCO)
		0 100

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PIS/PASEP	68,60	0,0400	0,02
COFINS	68,60	0,3000	0,21
ICMS	0,00	0,00	0,00

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
09/2019	124,08
Total	124,08

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período Band. Tarif. Amarela: 10/10-31/10 Vermelha: 01/11-15/11 SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENC. NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR GOV BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSCORRIDO. SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENC. NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR GOV BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODOS DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSCORRIDO.

83890000000-5 80120031010-0 00579792207-6 00008761373-5





BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

Nº: _____

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Horz 19:11 DATA: 07/10/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS: _____

NOME: AUTÔNIO JESUVALDO QUIRINO DE SOUZA IDADE: 43

Nº DO DOCUMENTO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1

C.N.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO: _____

NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/10/75

EST. CIVIL: SOLT SEXO: M TELEFONE: _____ ESCOLARIDADE: _____

RACIA: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: VILA SÃO PEDRO

FILIAÇÃO: AUTÔNIO PINTO DE SOUZA

MARIA LUIZA QUIRINO DE SOUZA

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA ATUAL: Paciente alcoolizado sofreu acidente de motocicleta

4. DIAGNÓSTICO: lesão de + edema no ombro (D)

5. CONDIÇÃO: CO: R x de ombro (D)

6. EXAMES SOLICITADOS:

7. PA: 120/90 mmHg

8. TEMP.: _____

9. PESO: _____

Assinatura do Médico
Karen Gomes L. de S. Freitas
Médica
CRM 18445

1. De xametas na 1a. 14 } 20-15
2. De xametas na 1a. 14 }

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: ANTONIO DESSIVAN QUIRINO DE SOUZA
CPF e/ou RG: 885.024.143-92

Informações do Acidente

Data do acidente: 07/03/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIR. COM RUPTURA DE
LIGAMENTO PROXIMAL DO BÍCEPS / SUPRA ESPINHAL.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE RUPTURA DE TENDÃO
DO OMBRO DIR.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LIMITAÇÃO MODERA-
DA DA CIRCUNDUÇÃO DO OMBRO DIR. COM LIMITAÇÃO
DA ROTAÇÃO EXTERNA E INTERNA E DIMINUIÇÃO DA
FORÇA DO BRAÇO DIR.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: OMBRO DIR.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (☒) 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

08.05.2020, CRATEUS-CO

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MEDICO

CREMEC 19150

Antonio Dessivan Quirino de Souza

assinatura da vítima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA
NASC. 14.10.1975
CARP. TANBORIL-CE.




2856318-94
27.07.94

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA
ANTONIO PIERO DE SOUZA
MARIA HIZIA QUIRINO DE SOUZA

TANBORIL-CE.
14.10.1975

GEN. NASC. Nº 1338 LIV. A 32 FLS 214 V
CARP. TANBORIL-CE.

Cartão do Usuário

SUS
Cartão Nacional de Saúde



Sistema Único de Saúde

Sexo: M
Data Nasc.: 14/10/1975

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

0004
202 1417 6752 1411 404



SUS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
885.024.143-72

Nome
ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

Nascimento
14/10/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
E14C.DFDE.79F3.8555

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:41:12 do dia 25/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014732007623
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 752072374 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018
PPT 01 752072374 000000000000

NOME
JOSE JULIO QUIRINO ARAUJO
TAMBORIL / CE

CPF / CNPJ 01333475837 PLACA HX07350/CE

PLACA ANT / UF 9C2JC30101R042578 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB 2000 ANO MOD 2001

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 ICF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 20/02/2019

OBSERVAÇÕES

TAMBORIL LOCAL DATA 20/02/2019

Superintendente Igor Pontes DETRAN-CE

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

CE Nº 014732007623 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01333475837 HX07350/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204 24221550413

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 28/02/2019

VIA 01 01333475837 PLACA HX07350

RENAVAM 752072374 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN K

ANO FAB 2000 CAT. USE. PART Nº CHASSI 9C2JC30101R042578

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 81.29 DENATRAM (R\$) 9.00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.70 TOTAL SERVIDO PELA SEGURADORA (R\$) 185.50

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 20/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E11042578 01397



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112910 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO COM RUPTURA DE LIGAMENTO PROXIMAL DO BÍCEPS E SUPRA ESPINHAL (PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: @PAG.01 RELATÓRIO MÉDICO DO DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO CRM 19150 DE 08/05/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112910 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO COM RUPTURA DE LIGAMENTO PROXIMAL DO BÍCEPS (PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: @PAG.01 RELATÓRIO MÉDICO DO DR. CLAYTON FREIRE MELO FILHO CRM 19150 DE 08/05/2020

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112910 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO DIREITO (PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- 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;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. 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. 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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089441/20

Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

CPF: 885.024.143-72

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO JESSIVAN
QUIRINO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA : 885.024.143-72

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: 12/03/2020
Nome: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA
CPF: 885.024.143-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089441/20

Número do Sinistro: 3200112910

Vítima: ANTONIO JESSIVAN QUIRINO DE SOUZA

CPF: 885.024.143-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO JESSIVAN
QUIRINO DE SOUZA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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.