



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

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-992  
www.cepe.com.br | Fone: (81) 3200-0001-00 | Inscrição Estadual: 0005943-93 | www.caixa.com.br

DADOS DO CLIENTE

**DADOS DO CLIENTE**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSU**

Est. 001994-3-82 | [www.prgm.com.br](http://www.prgm.com.br)

CBF 977 2024/4-12 NIS 16215673004

MANICOBIA RURAL/MANICOBIA  
SAU. ABETANO/HF  
55130-000

#### **CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NOS  
MORHOMEL

Nº DA NOTA FISCAL: 0168245604 NOME: JOSÉ SANTOS  
Nº DA UNICA: 117/05/2011-11

**COTAS CONTRATADAS**  
4012147142  
**DATA DE VENCIMENTO**  
24/05/2018  
**TOTAL A PAGAR R\$**

**MES/ANO**  
05/2018  
**DATA DE PAGAMENTO**  
18/06/2018  
**16,50**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consulta Ativo via BDI/MC	30 (0000000)	0,18367529	5,51
Consumo Ativo superior a 10% das rotinas	21 (0000000)	0,11467195	6,81
Atribuição Elemento ATRMPCFA			0,00
Cálculo de Referência Previsão			4,30

卷之三

18-50

— CONSIDERE A CONSISTÊNCIA DA NOTA FISCAL —

MOVIMENTO DE CUSTOS		MOVIMENTAÇÃO DE IMPÓSTOS			COMPOSIÇÃO DO CUSTO	
MES/ANO	VARIANTE	NOME DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	R\$	%
FEV18	00	ICMS	-0,24	0,02	R\$ 0,00	0,00%
FEV18	00	PIS	-0,04	0,00	R\$ 0,00	0,00%
FEV18	00	COPINS	-0,04	0,00	R\$ 0,00	0,00%
JAN18	00					
DEZ17	00					
NOV17	00					
OCT17	00					
SET17	00					
AGO17	00					
JUL17	00					
JUN17	00					

137/138

• 100% Satisfaction Guaranteed • 100% Money Back Guarantee • 100% Secure Payment

#### **INFORMACIÓN IMPORTANTE**

de 2017 e  
se referentes. Data anterior  
mentre, para comparação do  
desempenho das empresas de  
consumo, os dados das  
empresas mencionadas em 2017.  
P-1 007/000. Esta declaração  
é de natureza definitiva  
e não pode ser contradita. De  
modo geral, as informações re-  
ferentes ao desempenho das  
empresas mencionadas no

**— AQUELA MULHER QUE NOVE BOSSAS CONTAM EM ABERTO?**

**ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA DE**

Chaque année, les députés du Québec votent la loi sur la stabilité.

The year-end payment is usually a non-interest-bearing note receivable, because it is due at the end of the year. The note receivable is recorded at its face value.

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INSCRIÇÕES				
CATEGORIA	DATA	LIMITES MÍNIMOS	LIMITES MÁXIMOS	LIMITES MÉDIOS
1995	1995	10,00	20,00	13,74
1996	1996	7,52	16,04	10,98

**MÍNIMAS DE TENSÃO**

**COMPREV**  
MPREV VNG e PREVIDÊNCIA SAI

C 2 ABR 2019

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

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



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

DADOS DO CLIENTE  
JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 077.309.474-12 NIS: 16213678604

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI JAPECANGA 800  
MANICOBÁ RURAL/MANICOBÁ  
55130-000 SAO CAETANO PE

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

DATA DE VENCIMENTO  
**26/03/2019**  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
**0,00**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
19/03/2019  
DATA DA APRESENTAÇÃO  
19/03/2019  
NÚMERO DA NOTA FISCAL  
054586282

CONTA CONTRATO  
004012147142  
Nº DO CLIENTE  
2002923449  
Nº DA INSTALAÇÃO  
0004162672

CLASSIFICAÇÃO  
**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO  
**7F64.51C4.2F4C.C044.C932.CCE4.B7B0.03B3**

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18693510	5,68
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,32046018	11,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,26
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>21,71</b>

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt. Recav	Valor
22/02/19	19/03/19	17,38
24/02/19	19/03/19	2,33

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusões nos registros de reuniões de crédito SPC e SERRASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17429850	MAR	19
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30232608	FEV	19
Contrib. Ilum. Pública Municipal		JAN	19
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAI	18
		ABR	18
		TOTAL	18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000000000000000	CAT	15/02/2019 5.560,00	19/03/2019 5.636,00	32	1.00000	0,00	67,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/04/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍCION	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	CAMPUS	0,45	18,68	31,17	43,34
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	7,52	15,04	38,09
SMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,45	3,68	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia útil				Límite DICRI 18,68	
EUD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,41					

Todo Consumidor pode solicitar a emissão das indicações DIC, FIC, SMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farma campos; rua marivaldo alves da costa 225 joso carlos de oliveira / farmacia guedes ii; avenida rubens florencio de moura kennedy lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2,2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 19,59.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

DESTAQUE AQUI	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004012147142	03/2019	0,00	26/03/2019	<b>COMPREV</b> Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este talão não é usado em leitora ótica.

FATURA PAGA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05 ABR 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, JOSIVALDO FLORENÇIA ALVES,  
RG: 804.547-1, data de expedição 16/05/2018  
Órgão SOS/PE, portador do CPF 088.321.224-21, com  
domicílio na cidade de SAO PAETANO, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)  
SITIO JAPECANHA, nº 800,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da lei, que o veículo  
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Jose Edson Florencio da Silva,  
cujo o conduto era Josivaldo Florencio Alves.

Veículo: PAS / MOTO/CICLETA

Modelo: HONDA /CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: KHO 9641

Chassi: 9C2JE30708R134738

Data do Acidente: 06/11/2018

Local e data do cartório: Caruaru 06/12/2018

Josivaldo Florencio Alves

Assinatura do Declarante

Josivaldo Florencio Alves

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. OSNIOS TOSCANO

Rua Expedicionários, 10 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP 55008-400 Fone: (81) 3702-0223 - Fax: (81) 3701-2168

Reconheço por autenticidade a firma de JOSIVALDO FLORENCIO

ALVES; dou fé.

Seal: 0073718.ROB11201802.06581

Caruaru/PE, 06/12/2018 10:34:09. Em testo da verdade.

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrivente

Emol. R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 - UF: 32



COMPREV INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SIA

02 ABR 2019

PROTÓCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



## DECLARAÇÃO

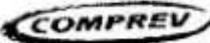
Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente  
Sr.(a) JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA,  
Encontra-se internado, desde o dia 06/11/2018.  
(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 328.391

Diagnóstico: FRATURA DA Perna ESQUERDA.

Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO PROCEDIMENTO).

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RFCIFF

00794 975/0269 27  
FUDAM - Hospital Regional  
do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - PE 55000-000  
Caruaru - PE

Caruaru, 09 de Novembro de 2018

Rosy Katiely de Souza Cavalcante

Rosy Katiely de souza Cavalcante

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA Atendimento: 459997 Prontuário: 328391  
 Data Nasc.: 04/06/1985 Idade: 33 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: 07730947412 RG: 7436686 CNS: 898003425253958  
 Endereço: SITIO JAPECANGA Nº: 0  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAO CAITANO Estado: PE  
 CEP: 55130000 Fone: 894516047 Profissão: AGRICULTOR  
 Nome da Mãe: ANA NERY FLORENCIO SILVA  
 Acompanhante:  
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
 Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 06/11/2010 08:54

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE, 33, vítima de colisão moto - carro, não usava capacete e não foi reagendado (SIC). NEGRAS PERDIDAS CONSCIENCIA, VOMITOS E INGESTÃO DE GASES ALCOÓLICOS.

Exame Físico:

- 1. PULSO, 3º, VÍTIMA DE COLISÃO
- PA: \_\_\_\_\_ FC: 110 FR: \_\_\_\_\_
- 2. MVE EM BNT, 1º, RA
- 3. PULSOS (3), CAVOS E SÍNCOPE,
- 4. SÍNCOPE: 15, RUMINIS SORVETES E ROTULOS COBERTOS
- 5. FRACTURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA PULSO.

Diag. Provisório:

TROVADA EM MLE

- 6. COLISÃO EX. AUTOMÓVEL, CAVO PROTOCOLO
- 7. SÍNCOPE
- 8. FRACTURA DA TÍBIA DIREITA
- 9. SORVETE MLE

Prescrição:

Data: 06/11/10

Data	Horário
06/11/10	DIA 06/11/10 08:54
	(3) REVERSAIS 56,9% AV. 217 L
	(1) TENSAL 100mg - 03FA + 100ml 5% 100ml 5% 100ml 5%
	(1) DIFENIACINA - 03FA + 100ml 5%
	(1) PISSIL - 03FA + 100ml 5%
	(1) SSU + 100ml
	DIA Alex Ricart Cirurgia Geral CRM/PE 25808
02 ABR 2019	ACTO DA <del>06/11/10</del> CIRURGIA GERAL
	DIA Alex Ricart Cirurgia Geral CRM/PE 25808

PROTOCOLO  
COMPRÉU VIDA E PREVIDÊNCIAS  
AGÊNCIA REG. IPE  
1 de 1

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

<i>06/04/18</i>	<i>Horário: 07h</i>
<i>Paciente com dor de rosto e</i>	
<i>mais dores de ombro e pescoço</i>	
<i>de origem tóxica.</i>	
<i>Exames:</i>	
<i>Exames:</i>	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: *[Assinatura]* RG: \_\_\_\_\_  
 Endereço: *[Assinatura]* Tel.: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente  Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido  
 Transferência:  Internamento \_\_\_\_\_

Condição de Alta

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

11/6/2018 8:55:09 AM  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
MEYDSONWBC



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Jony Edson FluminusNº do Registro: 32839Clínica: Nho pedi -

Nº do Leito:

Operador: Dr. Oberdan

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador: Rogério TAnestesista: Dra. Ana CarolinaAnestesia: Lorazepam

Duração:

Data da Operação: 06/11/18

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura exposta de fibula proximal  
(E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Fixador Externo + LC + DC

Operação Realizada:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO **PROTOCOLO**

AGÊNCIA RECIFF

- ① Paciente em ORL;
- ② Anestesi + Anti hiper + Apneicida
- ③ Campo Estéril
- ④ Ampliação do incisão da ferida e  
excesso int. fixa de fratura
- ⑤ Limpeza da ferida, Iodo 10% +  
desinfecção da ferida clorofálica
- ⑥ Colocação de fixador, T3C0 Montagem
- ⑦ Pós op. após redução da fratura
- ⑧ Suturas + Anestesia
- ⑨ Boa higiene após procedimento

Dr. Oberdan Ribeiro  
 Cirurgia da Mão  
 CRM-PF 20644

# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

06/11/2018 08:51



Nome Paciente: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 04/06/1985  
Sexo: Masculino  
Idade: 33  
Senha: U0004  
Convênio: -  
Atendimento:

06/11/2018 08:50 - CLEDSO FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENTE**

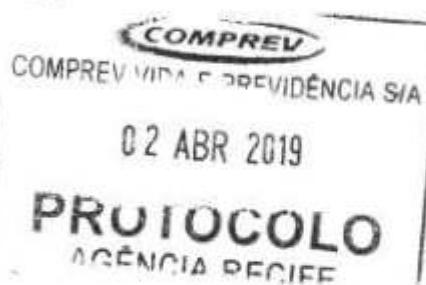
Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FECHADA DE TORNOZELO ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. TORAX E ABDOMEN LIVRES

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):

Especialidade: - DOR MODERADA?  
- HISTÓRIA INAPROPRIADA?  
CIRURGIA GERAL



Acolhido(a) por: CLEDSO FERNANDES DE HORLANDO  
Data: 06/11/2018 08:51

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

ESTADO DE GOIÁS, OFICINA DA CHAMADA DE BIDOS PRAZO PARA CADASTRO DE VENDEDORES NO TERRITÓRIO GOIENSE PARA SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E REPARO DE EQUIPAMENTOS

DEPARTMENT

CONTINU

<b>PE Nº 014203358902 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
MONSERRATE FLORESTA ATABAS	
55130-000	
CASH 100 CLIVAND 8%	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoraslider.com.br">www.seguradoraslider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
EXERCÍCIO <input type="text" value="2018"/> DATA EMISSÃO <input type="text" value="31/01/18"/>	
PLACA <input type="text" value="KHO 971"/>	
CPF / CNPJ <input type="text" value="088 921.224-21"/>	
MARCA / MODELO <input type="text" value="BORDA / 05 125 F&amp;N"/>	
RENAVAM <input type="text" value="5331374571"/> <input type="text" value="2008"/>	
N° CHASSI <input type="text" value="9C2JC307U8R13495"/>	
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>	
FNB (R\$) <input type="text" value="0,00"/> <b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b> <input type="text" value="0,00"/>	
DESVALOR CUSTO X PREMIO <input type="text" value="0,00"/>	
IOF (R\$) <input type="text" value="0,00"/>	
PARAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELA DO RENDIMENTO <input type="checkbox"/>	
DATA DE QUITAÇÃO <input type="text" value=""/>	
PARCELADO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/>	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 02.342.308/0001-04	

<b>PE Nº 014203358902 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
MONSERRATE FLORESTA ATABÉS 55130-000	
CASH 100 CLIVAND 8%	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoraslider.com.br">www.seguradoraslider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
EXERCÍCIO <input type="text" value="2018"/> DATA EMISSÃO <input type="text" value="31/01/18"/>	
PLACA <input type="text" value="KHO 971"/>	
CPF / CNPJ <input type="text" value="088 921.224-21"/>	
MARCA / MODELO <input type="text" value="BORDA / 05 125 F&amp;N"/>	
RENAVAM <input type="text" value="5331374571"/> <b>902307708134953</b>	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>	
FNB (R\$) <input type="text" value="0,00"/> DENTRAN (R\$) <input type="text" value="0,00"/> CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="text" value="0,00"/>	
IOF (R\$) <input type="text" value="0,00"/> PARAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO	
CUSTO DO BILHETE (R\$) <input type="text" value="0,00"/> CUSTO DO CUSTÓDIO (R\$) <input type="text" value="0,00"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/>	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 02.321.808/0001-04	

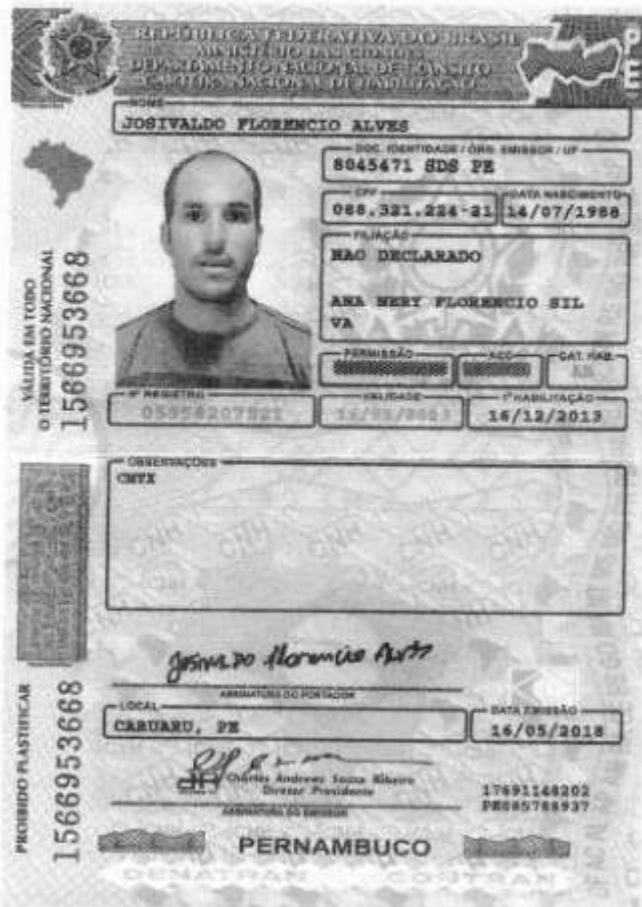
**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

HALJINA LIDER - DPVAL  
CIPU 08.541.006001-04

THE STATE OF OHIO  
BY JAMES O'BRIEN, D.P.A.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190255071      **Cidade:** Caruaru      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA      **Data do acidente:** 06/11/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190255071      **Cidade:** Caruaru      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA      **Data do acidente:** 06/11/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/04/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.04

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190255071**

**Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190255071**

**Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

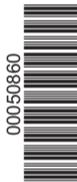
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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](http://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, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000104426-5

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, retorno 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](http://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 AGI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	077.309.474-12	José Edson Florencio da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	
PELICANOS - RE	Av. Japacava	55130-000	
Município Rural	São Caetano	TEL/ODD:	1709.9258-3087
E-mail:			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 9668-4819.

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0051  CONTA: 10 44.26  5  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (assinhar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider 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 (na CM)  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 herdeiro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: São Caetano 11/03/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RG

X José Edson Florencio da Silva  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

02 ABR 2019

Assinatura

**PROTOCOLO**

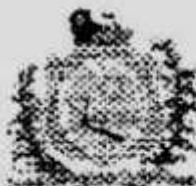
AGÊNCIA RECIFE

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 formulário, a seu RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor da declaração, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

# PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14<sup>ª</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0045007625

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/12/2018 às 12:06

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 6/11/2018 às 07:06**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SITIO JAPECANGA, 4º DISTRITO - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL.  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JOSIVALDO FLORENCIO ALVES (NOTICIANTE)  
JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JOSIVALDO FLORENCIO ALVES



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

**JOSIVALDO FLORENCIO ALVES** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MERY FLORENCIO SILVA Data de Nascimento: 14/7/1988 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8046471/SDS/PE (RG), 08832122421 (CPF), 06968207621 (CNH) Estado Civil: AMASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 992876692

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SITIO JAPECANGA- 4º DISTRITO- PERTO DO CAMPO DE FUTEBOL - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

**JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MERY FLORENCIO SILVA Pai: JOSUEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1988 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7436888/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 992876692

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SITIO JAPECANGA- 4º DISTRITO - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a). JOSIVALDO FLORENCIO ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a) JOSIVALDO FLORENCIO ALVES  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KH09641 (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Renavam: 963137457 Chassi: 9C2JC30708R134738  
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

### Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL O NOTICIANTE DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA COM O SEU IRMÃO JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA QUANDO UM CARRO AINDA NÃO IDENTIFICADO BATEU NA SUA MOTOCICLETA DE FORMA QUE ELE E A VÍTIMA CAIU DA MOTOCICLETA E APENAS A VÍTIMA JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA SOFREU FRATURA DA Perna ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU. AQUI NA DEPOL O FATO FOI APRESENTADO HOJE AO DELEGADO DE PLANTÃO O QUAL DISSE QUE PODERIA FAZER ESSE REGISTRO. AQUI NA DEPOL O NOTICIANTE APRESENTOU UMA CÓPIA DE DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DIZENDO QUE A VÍTIMA SOFREU FRATURA NA Perna ESQUERDA E A COPIA DE UMA DECLARAÇÃO DO SAMU DIZENDO QUE SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL DO AGRESTE E ASSINADA POR TIAGO ACIOLI COORDENADOR GERAL DO SAMU REGIONAL DO AGRESTE. ASSIM, O NOTICIANTE DECLAROU TODO ESSE FATO DO ACIDENTE, REGISTRA E ASSINA CONFIRmando TUDO O QUE DISSE E PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

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

JOSVALDO FLORENCIO ALVES  
(NOTICIANTE)

*Josivaldo Florencio ALVES*

B.O. registrado por: HALTON MANOEL DA SILVA - Matrícula: 273499-0

*[Signature]*





# 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 AGI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	077.309.474-12	José Edson Florencio da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	
E-mail:		TEL (ODDE):	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 9668-4819.

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0051  CONTA: 10 44.26  5  
 (Inserir o dígito se existir)  (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Inserir o dígito se existir)  (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (assinhar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider 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 (na CM)  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 neto(na) nascido(s):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: São Caetano 11/03/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RG

X José Edson Florencio da Silva  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 formulário, a seu RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor da declaração, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
**COMPREV**  
**COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**  
 02 ABR 2019

Assinatura: \_\_\_\_\_  
**PROTOCOLO**  
**AGÊNCIA RECIFE**



SAMU  
**192**

**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 ABR 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



**CARUARU**

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JOSÉ EDSON FLORÊNCIO DA SILVA** portador do **CPF-077.309.474-12** e RG - **7.436.686 SDS-PE** que consta nos registros de ocorrências Nº<sup>1811060059</sup> do **SAMU REGIONAL AGreste**, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia 06/11/2018 às 07h e 06m, no endereço **SÍTIO JAPECANGA, 4º DISTRITO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO**, tendo sido enviada uma **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGreste**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2018

Tiago Acioli.

**Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste em 13/11/18

Eudeline maria dos Santos

Esta declaração foi entregue a Srª. EUDELINNE MARIA DOS SANTOS (TIA), portadora do CPF-012.495.854-06e RG-6.442.190 SDS-PE.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 00000104426-5

---

Nr. da Autenticação 17042F0DCE1966AE



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA
CPF: 077.309.474-12 NIS: 16213678604

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
26/03/2019	19/03/2019	004012147142
TOTAL A PAGAR (R\$)	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
0,00	2002923449	0004162672

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI JAPECANGA 800
MANICOBÁ RURAL/MANICOBÁ 55130-000 SAO CAETANO PE

CLASSIFICAÇÃO	RESERVADO AO FISCO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	7F64.51C4.2F4C.C044.C932.CCE4.B7B0.03B3

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

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18693510	5,60
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,32046018	11,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,26
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>21,71</b>

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt. Reav.	Valor
22/02/19	19/03/19	17,38
24/02/19	15/02/19	2,33

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusões nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

CONSUMO Ativo até 30 kWh	0,17429850	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30232609	kWh
MAR 19	67	
FEV 19	53	
JAN 19	60	
DEZ 18	48	
NOV 18	51	
OUT 18	65	
SET 18	60	
AGO 18	56	
JUL 18	52	
JUN 18	57	
MAI 18	51	
ABR 18	54	
MAR 18	49	

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	7,62 41,72
Transmissão	1,12 6,48
Distribuição (Celpe)	5,28 31,28
Encargos Sistóricos	0,77 4,45
Tributos	0,99 5,62
Perdas de Energia	1,66 9,51
<b>TOTAL</b>	<b>17,48 100</b>

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍCION	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
		jan/2019			
DIC-No de horas sem Energia	CAMPUS	9,45	18,98	31,17	43,34
FIC-No. de vezes sem Energia		1,80	7,52	15,04	36,05
BMIC-Duração máxima de interrupção contínua		9,45	5,68	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia útil			Límite DICRI: 18,88		
EUD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,41					
Todos Consumidores podem solicitar a verificação das indicações DIC, FIC, BMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000083549476	CAT	15/02/2019 5.569,00	19/03/2019 5.636,00	32	1.00000	0,00	67,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/04/2019

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farma campos; rua marivaldo alves da costa 225 joso carlos de oliveira / farmacia guedes ii; avenida rubens florencio de moura kennedy lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)."  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pago, em atraso, gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2,2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 19,59.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTAS CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	JÁ LIDO DE PAGAMENTO
004012147142	03/2019	0,00	26/03/2019	COMPREV

## FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-----------------------

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este cálculo só será usado em leitora ótica.

05 ABR 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, JOSIVALDO FLORENÇIA ALVES,  
RG: 804.547-1, data de expedição 16/05/2018  
Órgão SAS/PE, portador do CPF 088.321.224-21 com  
domicílio na cidade de SÃO PAETANO no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)  
SITIO JAFEC ANGÁ nº 800  
complemento CASA, declaro, sob as penas da lei, que o veículo  
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Jose Edson Florencio da silva,  
cujo o conduto era Josivaldo Florencio Alves.

Veículo: PAS / MOTO/CICLETA

Modelo: HONDA /CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: KHO 9641

Chassi: 9C2JE30708R134738

Data do Acidente: 06/11/2018

Local e data do cartório: Caruaru 06/12/2018

Josivaldo Florencio Alves

Assinatura do Declarante

Josivaldo Florencio Alves

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. OSRROS TOSCANO

Rua Expediente, 10 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP 55008-440 Fone: (81) 3702-0733 - Fax: (81) 3701-2168  
Reconheço por autenticidade a firma de JOSIVALDO FLORENCIO  
ALVES; dou fé.

Seal: 0073718.ROB11201802.06581

Caruaru/PE, 06/12/2018 10:34:09. Em testo

da verdade

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente

Emai: R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 6,80 - Total R\$ 4,79 - UF: 32

COMPREV INVESTIMENTOS PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

PROTÓCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA  
SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME - HRA

HRA

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente  
**Sr.(a) JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA,**  
Encontra-se internado, desde o dia 06/11/2018.  
(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 328.391

Diagnóstico: FRATURA DA Perna ESQUERDA.

  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RFCIFF

Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO PROCEDIMENTO).

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

00794 975/0269 27  
FUDAM - Hospital Regional  
do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - PE 55000-000  
Caruaru - PE

Caruaru, 09 de Novembro de 2018

Rosy Katiely de Souza Cavalcante

Rosy Katiely de souza Cavalcante

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA	Atendimento: 459997	Prontuário: 328391		
Data Nasc.: 04/06/1985	Idade: 33	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF: 07730947412	RG: 7436686	CNS: 898003425253958		
Endereço: SITIO JAPECANGA		Nº: 0		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SAO CAITANO	Estado: PE		
CEP: 55130000	Fone: 994516047	Profissão: AGRICULTOR		
Nome da Mãe: ANA NERY FLORENCIO SILVA		NÓS USAMOS PROTEÇÃO NEGA OBRIGATÓRIA		
Acompanhante:				
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA				
Clínica: CIRURGIA GERAL				

**2 - ATENDIMENTO**

Data: 06/11/2018 09:54

Motivo: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE, 33, VITIMA DE COLISÃO MOTO - CARRO, NÃO USAVA CAPACETE E NÃO FOI RECOLHIMENTO (SIC). NEGRA PERDEU CONSCIÊNCIA, VOMITOS E INGESTÃO DE CIDA DE ALCOOL.

Exame Físico:

- 1. PULSO: PA: \_\_\_\_\_ FC: 110 FR: \_\_\_\_\_
- 2. MVE: ABNT, IMA
- 3. PULSOS: C, CAVAS E SÍNCOPE,
- 4. SÍNCOPE: 15, RUMINIS SORVETES E NOVO LARANJAS
- 5. FRACTURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA PUSO:

Diag. Provisório:

TROVADA EM MIE

- 6. C. TROVADA EM MIE, CUSA PROTOCOLO
- 7. B.
- 8. C. TROVADA DA OCTO FUSION
- 9. SORVETE LARANJA

Prescrição:

Dia: 26/11

Data

Horário

06/11/18	PROTÓCOLO 26/11
	(3) recendal 56,9% AV. 217 L
	(1) TROPICAL 100ML - 03FA + 100ML 50,9%, AV. 100 L
	(1) DIFLUNISAL - 03AM + 100ML 50,9%, AV. 100 L
	(1) PIASSIL - 01BOTT + 100,9%, AV. 100 L
	(1) SSU + COGG

DR. Alex Ricart  
Cirurgião-Dentista  
CRM/PE 25808

02 ABR 2019	ACTO DA <b>CONTRATAÇÃO</b>
1 de 1	DR. Alex Ricart Cirurgião-Dentista CRM/PE 25808

**PROTOCOLO**

COMPRA VIDA PREVIDÊNCIA SI  
AGÊNCIA REDEFFE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
Paciente com os seguintes sintomas:	
Dor abdominal de origem não definida.	
Sintomas de dispneia.	
Sintomas de cefaleia.	
Sintomas de febre.	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente  Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido  
 Transferência:  Internamento

Condição de Alta

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

11/6/2018 8:55:09 AM  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
MEYDSONWBC

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

02 ABR 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	<i>Tomé Cobrinho Fluminus</i>	Nº do Registro:	<i>32839</i>
-----------	-------------------------------	-----------------	--------------

Clinica:	<i>União pedi -</i>	Nº do Leito	
----------	---------------------	-------------	--

Operador:	<i>Dr. Oberdan</i>		
-----------	--------------------	--	--

1º Assistente:	2º Assistente:		
----------------	----------------	--	--

Instrumentador:	Anestesista:	<i>Dra. Ana Carolina</i>	
-----------------	--------------	--------------------------	--

Anestesia:	Duração:		
------------	----------	--	--

Data da Operação:	<i>06/11/18</i>	Inicio:	
-------------------	-----------------	---------	--

Diagnóstico Pré-Operatório:	<i>Fratura exposta de fibula proximal</i>		
-----------------------------	---	--	--

Diagnóstico Pós-Operatório:			
-----------------------------	--	--	--

Operação Proposta:	<i>Fixador Externo + LC + DC</i>		
--------------------	----------------------------------	--	--

Operação Realizada:	<b>COMPREV</b> COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 02 ABR 2019
---------------------	---

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO **PROTOCOLO**

AGÊNCIA RECIFF

- (1) Paciente em ORN;
- (2) Anestesia + Antiespastic + Anestésico local
- (3) Limpeza da incisão da ferida e  
aperto da ferida de fratura
- (4) Limpeza da ferida, aplicando  
desinfetante e de tecido desnaturalizado
- (5) Colocação de fixador, T3C0 Montagem  
e parafuso após redução da fratura
- (6) Suturas + cicatriz
- (7) Desinfecção após procedimento

*Dr. Oberdan Ribeiro*  
Cirurgia da Mão  
CRM-PF 20644

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

06/11/2018 08:51



Nome Paciente: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 04/06/1985  
Sexo: Masculino  
Idade: 33  
Senha: U0004  
Convênio: -  
Atendimento:

06/11/2018 08:50 - CLEDSO FERNANDES DE HORLANDO - COREN: N/SE - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENTE**

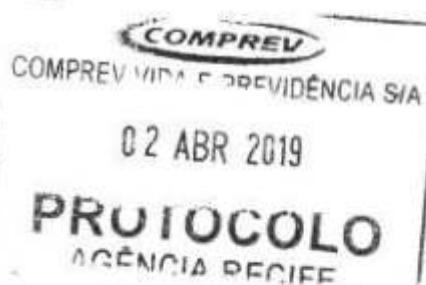
Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FECHADA DE TORNOZELO ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. TORAX E ABDOMEN LIVRES

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):

Especialidade: - DOR MODERADA?  
- HISTÓRIA INAPROPRIADA?  
CIRURGIA GERAL



Acolhido(a) por: CLEDSO FERNANDES DE HORLANDO  
Data: 06/11/2018 08:51

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTRO DAS CIÉNCIAS**

OUR CHIEF BUSINESS IS DEALING IN DRAWDOWN POSITION OF COTTON AND OTHER FIBERS.

DEPARTMENT

COUNTIES

**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

卷之三



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190255071      **Cidade:** Caruaru      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA      **Data do acidente:** 06/11/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190255071      **Cidade:** Caruaru      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA      **Data do acidente:** 06/11/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/04/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.04

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190255071**

**Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190255071**

**Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA**

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

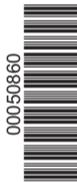
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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](http://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, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190255071

Vítima: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000104426-5

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, retorno 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](http://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 AGI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	077.309.474-12	José Edson Florencio da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Monica da Rural	São Caetano	PE	55130-000
E-mail:	TEL/ODDE: 1719.9158-3087		

DADOS CADASTRAIS  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).  
9668-4819

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0051  CONTA: 10 44.26  5  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

Dedico, 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 (assinhar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 acinalado, 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 Lider 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

MORTE  
Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na CM)  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 herdeiro (ai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 290 do Código Penal.

Assinatura Identificação CPF/Carteira RG/Passaporte Carteira de Motorista	Local e Data: São Caetano 11/03/19	TESTEMUNHAS
	Name: _____	1º   Nome: _____ CPF: _____
Nome: _____	2º   Nome: _____ CPF: _____	
CPF: _____	COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 02 ABR 2019	
(*) Assinatura de quem assina a RODO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		

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 formulário, a seu RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do Termo de RODO, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

**PROTÓCOLO**  
 AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DINTER1 - 14<sup>ª</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0045007625**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/12/2018 às 12:06

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia 6/11/2018 às 07:06

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SITIO JAPECANGA, 4º DISTRITO - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL.  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
 JOSIVALDO FLORENCIO ALVES (NOTICIANTE)  
 JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JOSIVALDO FLORENCIO ALVES



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

**JOSIVALDO FLORENCIO ALVES** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MERY FLORENCIO SILVA Data de Nascimento: 14/7/1988 Naturalidade: SAO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8046471/SDS/PE (RG), 08832122421 (CPF), 06968207621 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 992876692

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SITIO JAPECANGA- 4º DISTRITO- PERTO DO CAMPO DE FUTEBOL - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

**JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MERY FLORENCIO SILVA Pai: JOSUEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1988 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7436888/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 992876692

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, SITIO JAPECANGA- 4º DISTRITO - CEP: - Bairro: - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOSIVALDO FLORENCIO ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a) JOSIVALDO FLORENCIO ALVES  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KH09641 (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Renavam: 963137457 Chassi: 9C2JC30708R134738  
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

### Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL O NOTICIANTE DIZENDO QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA COM O SEU IRMÃO JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA QUANDO UM CARRO AINDA NÃO IDENTIFICADO BATEU NA SUA MOTOCICLETA DE FORMA QUE ELE E A VÍTIMA CAIU DA MOTOCICLETA E APENAS A VÍTIMA JOSÉ EDSON FLORENCIO DA SILVA SOFREU FRATURA DA Perna ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU. AQUI NA DEPOL O FATO FOI APRESENTADO HOJE AO DELEGADO DE PLANTÃO O QUAL DISSE QUE PODERIA FAZER ESSE REGISTRO. AQUI NA DEPOL O NOTICIANTE APRESENTOU UMA CÓPIA DE DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DIZENDO QUE A VÍTIMA SOFREU FRATURA NA Perna ESQUERDA E A CÓPIA DE UMA DECLARAÇÃO DO SAMU DIZENDO QUE SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL DO AGRESTE. ASSIM, O NOTICIANTE DECLAROU TODO ESSE FATO DO ACIDENTE, REGISTRA E ASSINA CONFIRmando TUDO O QUE DISSE E PARA O QUE FOR NECESSÁRIO.

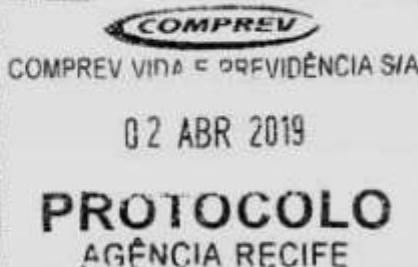
Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade policial

JOSVALDO FLORENCIO ALVES  
(NOTICIANTE)

+josivaldo florencio ALVES.

B.O. registrado por: HALTON MANOEL DA SILVA - Matrícula: 273499-0

- Hm



# 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 AGI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	077.309.474-12	José Edson Florencio da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	077.309.474-12
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Colabora-se	Av. Japacava	800	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Vilaicola Rural	São Caetano	PE	55130-000
E-mail:		TEL/ODDE:	1719.9158-3087

Dados cadastrais declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 9668-4819.

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0051  CONTA: 10 44.26  5  
 (Inserir o dígito se existir)  (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Inserir o dígito se existir)  (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

Dedico, 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 (assinhar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 acinalado, 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 Lider 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.

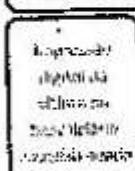
## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na CM)  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 herdeiro (ai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 290 do Código Penal.



Local e Data: São Caetano 11/03/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a RODO

X José Edson Florencio da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 formulário, a seu RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do Termo de RODO, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinatura  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

COMPREV - MDA E PREVIDÊNCIA SIA

02 ABR 2019



SAMU  
**192**

**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 ABR 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFF



**CARUARU**

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **JOSÉ EDSON FLORÊNCIO DA SILVA** portador do **CPF-077.309.474-12** e RG - **7.436.686 SDS-PE** que consta nos registros de ocorrências N°**1811060059** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia **06/11/2018** às **07h e 06m**, no endereço **SÍTIO JAPECANGA, 4º DISTRITO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO CARRO X MOTO**, tendo sido enviada uma **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2018

TIA: Tiago Acioli.

**Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 13/11/18

Eudeline maria dos Santos

Esta declaração foi entregue a Srª. EUDELINNE MARIA DOS SANTOS (TIA), portadora do CPF-012.495.854-06e RG-6.442.190 SDS-PE.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDSON FLORENCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 00000104426-5

---

Nr. da Autenticação 17042F0DCE1966AE