

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

087-33

Adriano José do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DEPARTAMENTO
SERIAL 8.545.265 DATA DE
EMISSÃO 06/05/2008

NOME << ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO >>

TELAÇÃO << ANTÔNIO SEVERINO DE SANTANA >>
<< MARIA JOANA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE LAGOA DE ITAENGA - PE DATA DE NASCIMENTO 10/10/1987

DECLARAÇÃO << CN. 16036 LA.13 F.61 CART. LAGOA DE
ITAENGA-PE 26.10.1999 >>

ASSINATURA DO DETENTOR

LE Nº 7.116 DE 25/06/03

F-25 56.975 - 4333

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

098.919.274-81

Nome

ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO

Nascimento

10/10/1987



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **098.999.274-81**

Nome: **ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **10/10/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/12/2008**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:03:54** do dia **25/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3C76.E835.BA00.7AB8**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190702444 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/10/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS(P.2)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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-0453814/19

Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 098.999.274-81

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO : 098.999.274-81

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: 16/12/2019
Nome: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 098.999.274-81

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE ITAENGA - DP54ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0144000881

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/11/2019 às 15:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 15/10/2019 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 01, PE 53 - SAÍDA DA CIDADE - EM FRENTE À CASA DE FARINHA DE ZENI - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VALCI JOSÉ DA SILVA (OUTRO)
ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOANA DA CONCEIÇÃO Pai: ANTONIO SEVERINO DE SANTANA Data de Nascimento: 10/10/1987 Naturalidade: LAGOA DE ITAENGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8545265/SDS/PE (RG), 09899927481 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 93487781

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 13, RUA MANOEL HERMÍNIO/ SAUDADE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

VALCI JOSÉ DA SILVA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO BROS 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALCI JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NX 150 Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIK2777 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 543974762 Chassi: 9C2KD0550DR211004
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL

VEÍCULO JEEP (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/JEEP/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: BEGE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

CONTA QUE PILOTAVA A SUPRACITADA MOTO PELO LOCAL ACIMA QUANDO FORA ATINGIDO PELO VEÍCULO JEEP NÃO IDENTIFICADO; QUE NA QUEDA SOFRERA FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO; QUE APÓS RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS NO HOSPITAL LOCAL, FORA ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, NO RECIFE, ONDE SOFRERA UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO A PRESENTE OCORRÊNCIA.

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

Adriano José do Nascimento
ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: FERNANDO ANTONIO GOMES DE MELO - Matrícula: 209120-8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

16525

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 098.999.274-81 4 - Nome completo da vítima: Adriano José do Nascimento

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

5 - Nome completo: Adriano José do Nascimento 6 - CPF: 098.999.274-81
7 - Profissão: Físico Inv. 8 - Endereço: R. Manoel Hermenegildo 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Penitente 12 - Cidade: Lagoa de Itanunga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55840-000
15 - E-mail: manoloassessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 97915-3256

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2239 x CONTA: 20.195 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoburo (valzeas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001/0003/2016

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

16525

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 098.999.274-81 4 - Nome completo da vítima: Adriano José do Nascimento

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

5 - Nome completo: Adriano José do Nascimento 6 - CPF: 098.999.274-81
7 - Profissão: Físico Inv. 8 - Endereço: R. Manoel Hermenegildo 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Penitente 12 - Cidade: Lagoa de Itanunga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55840-000
15 - E-mail: manoloassessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 97915-3256

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2239 x CONTA: 20.195 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceros (valeres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001/0003/2016

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702444

Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702444

Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim 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.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



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

ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 098.999.274-81 NIS: 16025036892

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL HERMINIO 13 -PR
CEMITERIO/LAGOA ITAENGA,
55840-000 LAGOA DE ITAENGA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

29/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,78

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

086066228

CONTA CONTRATO

007005727140

Nº DO CLIENTE

2011128402

Nº DA INSTALAÇÃO

0005321811

CLASSIFICAÇÃO

B1. RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AEFA.86CE.3567.7D26.56D0.30A8.4C50.465B

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327091	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,33133185	23,19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	27,00	0,49089779	13,41
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,30
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,46
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 078410270-20/09/19			0,66
Multa por atraso-NF 078410270 - 20/09/19			1,51
Juros por atraso-NF 078410270 - 20/09/19			0,78
TOTAL DA FATURA			53,78

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	45,15	0,92	0,41	45,15	4,25	1,91

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Real	Valor
30/10/19	22/11/19	121,24

Este comunicado NÃO substitui aviso 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 ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19327091	NOV 19	127
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,33133185	OUT 19	181
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130306	SET 19	147
		AGO 19	149
		JUL 19	174
		JUN 19	160
		MAY 19	183
		ABR 19	188
		MAR 19	189
		FEV 19	180
		JAN 19	176
		DEZ 18	177
		NOV 18	177

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	21,87 40,43
Transmissão	2,19 4,05
Distribuição (Cabo)	13,29 24,44
Encargos Setoriais	1,30 2,38
Tributos	2,32 4,14
Perdas de Energia	4,18 7,65
TOTAL	45,15 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
9090000301104539	CAT	22/10/2019 12.757,00	22/11/2019 12.884,00	30	1,00000	0,00	127,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GLORIA DO GOIÁ	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,98	2,90
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,93					

Toda Consumidor pode solicitar a aplicação dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag correios lagoa do ouro; rua papa joão xali centro / farmacia estado; praça maria aurora s-n centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.45/013.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 33,01.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de 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.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007005727140	11/2019	53,78	29/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 537800110073 005727140109 142931018732



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Reg: 1097744

Enf: 17

Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 15/10/19

DATA DE SAÍDA:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO COM PLACA BLOQUEADA. PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO, COM FO COM BOM ASPECTO, RECEBEU ALTA COM DEVIDAS ORIENTAÇÕES.

DEVERÁ COMPARCEER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEdia
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Médico

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 60 (SESSENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:

Médico

Recife,

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14.03.67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO