



06/07/2020

Número: **0018385-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64218693	06/07/2020 14:26	ANEXO 1	Outros (Documento)



Scanned by CamScanner





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
DINTERI/11ªDESEC



BOLETIM DE Ocorrência N°. 19E0144000881

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) 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

10525

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: Pseudo inj. 8 - Endereço: R. Manoel Hermínio 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Remetido 12 - Cidade: Lagoa de Itaipua 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55840-000
15 - E-mail: manoloanessine@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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2239 X CONTA: 20.195 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 (valisador)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a 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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1003/2016

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

10525

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: Pseudo inj. 8 - Endereço: R. Manoel Hermínio 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Remetido 12 - Cidade: Lagoa de Itaunga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55840-000
15 - E-mail: manoloanessine@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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 nascturo (valsaeser)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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: Pombal, 25/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001/1003/2016



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15276114





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00005/00006 - carta_07 - INVALIDEZ

00050003



Carta nº 15308497



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: 1602502692	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 066066228	CONTA CONTRATO 00706527140 Nº DO CLIENTE 201128402 Nº DA INSTALAÇÃO 0005321811
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MANOEL HERMINIO 13 -PR CEMITERIO LAGOA ITAENGA 55640-000 LAGOA DE ITAENGA PE	RESERVADO AO FISCO AEFA,86CE,3567,7D26,56D0,30A8,4C50,465B		
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			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

</

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
9099900063011154539	CAT	23/10/2019	12.757,00	22/11/2019	12.984,00	30	1,00000	0,00	127,90

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	META MENSAL	META TRIMESTRAL	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GLORIA DO GOITA	0,00	5,87	11,34	22,89
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,53					
Tudo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DNE, FIC, DMIC e DICR e substituir tem					

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Cliente a partir de 14 dias após a emissão da Nota Fiscal de venda, para a qual não há restrição de prazo para pagamento, podendo também ser cobrada o custo de disponibilidade no crédito em caso de ocorrência de suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
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





PREFEITURA DE
LAGOA DE ITAENGA
AVANÇANDO NO RUMO CERTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOSEFA CAVALCANTI
DE PETRIBÚ

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

Data: 15-10-2019 Hora de Chegada: 11:31 Hora de Saída:
Nome: Adriano José do Nascimento Registro Nº: 9036729
Sexo: M Idade: 32 Cor: M Estado Civil:
Localidade: Lagoa de Itaenga
Endereço: Rua da Saudade
Responsável: P. Almeida
-DA: Acidente moto-carro. Encaminhado em MSE e MTB.
Dor em punho ①.

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 130x90. Pulso: Temperatura: Peso:
FEC: HGT:
Diagnóstico:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Analgesia forte

② De punho ① → tratar radioulnar e punho dorsal.

③ Leve dor no punho - 1kg + 100ml de SF-0.9% ①

Receita 1 kg

Ultrassom de Punho → 5753 J05

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

At: 120h
P. Almeida

Dra. Bárbara Almeida
Médica
CRM-PE 25995

Assinatura do Médico - CREMEPE

Scanned by CamScanner





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. RECEBE ALTA COM DEVIDAS ORIENTAÇÕES.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATORIO DE: ORTOPIEDIA
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL: CRM

Artur Cordeiro de Mello Junior
Médico

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

SES/FUSAM
INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDENCIA 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:

Recife,

Médico – CRM-PE

Artur Cordeiro de Mello Junior
Médico

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 16 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

