



08/07/2020

Número: **0018631-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIEGO JOSE DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64370 225	08/07/2020 15:47	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055169

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEGO JOSE 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,

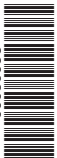
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15460777

Pag. 00069/00070 - carta_01 - INVALIDEZ

00030035





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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055169

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEGO JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: $6,25\% \times 13.500,00 =$ R\$ 843,75

Recebedor: **DIEGO JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000001120-7**

Conta: **0000024781-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01779/01780 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 35013725877 4 - Nome completo da vítima: Diego Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Diego Jose da Silva 6 - CPF: 35013725877
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: CONTA: AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812

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 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) ou nascitor? ☐ 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 original da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 35013725877 4 - Nome completo da vítima: Diego Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Diego Jose da Silva 6 - CPF: 35013725877
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: CONTA: AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812
(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 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ 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 original da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



13/11/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA - DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0167000514

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às 10:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 10/11/2019 às 17:17

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 1, CRUZAMENTO DA RUA GETULIO VARGAS COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE** - Bairro: **CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
DIEGO JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**

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

DIEGO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA** Pai: **JOSE NATALICIO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/10/1986** Nacionalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6027363/SDS/PE (RG), 35013795877 (CPF)** Estado Civil: **AMASSADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 81989884824**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 24, RUA EDUARDO CAMPOS - CEP: 53000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ORE0419 (ALAGOAS/UNIAO DOS PALMARES)** Registro: **005923774** Chassi: **9C2KC1590ER400768**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VÍTIMA ACIMA QUALIFICADA INFORMANDO QUE QUANDO TRANSITAVA NA RUA GETULIO VARGAS E FOI CRUZAR COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE, FOI ABALROADO POR OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE, POR CONSEQUENCIA DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE QUIPAPA, E

<https://pje.pe.gov.br/pernambuco/VisualizarBO.do?idUn=167&idOc=8128478&nroBO=19E0167000514&tipo=simples&nroPrincipal=ACI...> 1/2



13/11/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

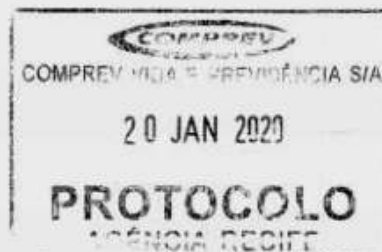
PELA GRAVIDADE DA LESÃO, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO; QUEM TROUXE ATESTADOS E RAIO-X QUE COMPROVAM A FRATURA DE CLAVICULA, CONSEQUENCIA DO ACIDENTE. ANTE O EXPOSTO FAZ-SE O REGISTRO PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIAS.

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

* *Diego José da Silva*
DIEGO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: *Diego José da Silva* - Matrícula: 350799-8
77 Circunscrição



13/11/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA - DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0167000514

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às 10:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 10/11/2019 às 17:17

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 1, CRUZAMENTO DA RUA GETULIO VARGAS COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE** - Bairro: **CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
DIEGO JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**

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

DIEGO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA** Pai: **JOSE NATALICIO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/10/1986** Nacionalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6027363/SDS/PE (RG), 35013795877 (CPF)** Estado Civil: **ANUICIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **81989884824**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 24, RUA EDUARDO CAMPOS - CEP: 53000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ORE0419 (ALAGOAS/UNIAO DOS PALMARES)** Ressam: **005923774** Chave: **9C2KC1590ER409768**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VÍTIMA ACIMA QUALIFICADA INFORMANDO QUE QUANDO TRANSITAVA NA RUA GETULIO VARGAS E FOI CRUZAR COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE, FOI ABALROADO POR OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE, POR CONSEQUENCIA DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE QUIPAPA, E

<https://pje.pe.gov.br/pernambuco/VisualizarBO.do?idUn=167&idOc=8128478&nroBO=19E0167000514&tipo=simples&natPrincipal=ACI...> 1/2



13/11/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

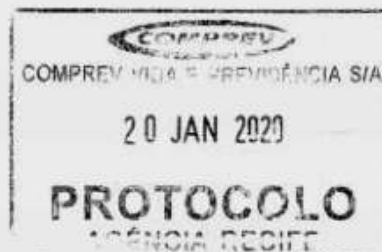
PELA GRAVIDADE DA LESÃO, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO; QUEM TROUXE ATESTADOS E RAIO-X QUE COMPROVAM A FRATURA DE CLAVICULA, CONSEQUENCIA DO ACIDENTE. ANTE O EXPOSTO FAZ-SE O REGISTRO PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIAS.

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

* *Diego José da Silva*
DIEGO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: *THIAGO BATISTA SOUZA* - Matrícula: 350799-8
77 Circunscrição





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 35013725877 4 - Nome completo da vítima: Diego Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Diego Jose da Silva 6 - CPF: 35013725877
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: CONTA: AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 35013725877 4 - Nome completo da vítima: Diego Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Diego Jose da Silva 6 - CPF: 35013725877
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: CONTA: AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



SECRETARIA DE
SAÚDE

QUIPAPÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^{te} Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá				Data: 10/11/19	
Nome: Dora do Silva				Hora: 17:17	
Endereço: Rua do Brasil				Município: Quipapá	
Nome da Mãe: Maria do Carmo Silva				Telefone:	
Acompanhante e/ou Responsável:					
Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
Acidente de trabalho		☒ Masculino	08/10/86	☒ Brasileiro	
Caso de Polícia		☐ Feminino		☐ Estrangeiro	
				UF	OUTRO DOCUMENTO
					CPF 250 137 958 77
Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames Complementares:	
Max: Min:		Axilar: Retal:			
Paciente Vítima acidente de Moto.					
HD: Fratura de Clavícula				Fato 18:06 CPF 698 287	
				Tratamento:	
				① Voltar com SFA - (SM)	
Destino dado ao Paciente:				Impressão Diagnóstica:	
☐ Residência ☐ Internado					
Encaminhado:				Doenças Concedidas _____ Dias	
Removido:					
Óbito às ____ H ____ min. Do dia ____					
Encaminhado ao I.M.L. ☐				Assinatura e carimbo - C.R.M./C.R.O.	
Eu _____, RG _____, assumo integral responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta Instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou pessoa acima relacionada. _____, às _____ h.					
Ass: _____					

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

20 JAN 2020

PROTOCOLO

1000000063178096

Luiz Silva
Médico Clínico Geral
CRM-PE 26455

Assinatura e carimbo - C.R.M./C.R.O.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

Hambutalorio 3+19-9389

PRONTUÁRIO:

348697.

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA DE ALEXANDRE PEREIRA FILHO (MÉDICO)

14300

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RESUMO DE ALTA

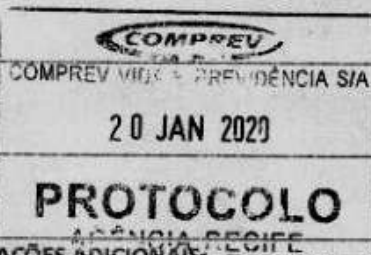
NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO:

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III



AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA DE ALEXANDRE PEREIRA FILHO (MÉDICO)

14300



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:	17/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO JOSE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01120-7

CONTA: 000000024781-2

Nr. da Autenticação C69EA0C192468F31





AVENIDA CRUZ CARNEIRO - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.004398-2
CNPJ: 08.769.935/0001-84
Qualidade da Água: www.compessa.com.br

2

Nº Documento: 201909106562134

Escritório: QUIPAPA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE

ANNA FLAVIA TEIXEIRA DE ALMEIDA

R EDUARDO CAMPOS, N. 30024 - ARON CHAPOVAL QUIPAPA PE 55415-000

INSCRIÇÃO: 115.810.022.0000.240

GRUPO: 11

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 10656213.4

10656213.4

09/2019-9

CONSUMO DE ÁGUA

LIGADO

POTENCIAL

DATA DE LEITURA

04/09/2019

04/10/2019

MÉDIA RD /

ÁGUA

LEIT. ANT.: 587

CONSUMO: 10

ESGOTO

VOLUME: 0

LEIT. ATUAL: 597

TAXA MINIMA

LEIT. ATUAL:

LEIT. ANT.: 587

ANOMALIA DE LEITURA

LEIT. PAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

06/2019 10

A

A

A

07/2019 9

A

A

08/2019 10

A

A

09/2019 10

A

A

03/2019 8

A

A

MÉDIA 9/ 0

A

A

PARÂMETROS

TURBIDEZ

COR APARENTE

COLOR RESIDUAL

COLIFORMES TOTAIS

E. COLI

OBSERVAÇÕES:

(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 10 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.

(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO

INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.

(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO

VISUAL DA ÁGUA.

NÚMEROS DE AMOSTRAS

EXIG. PELA PORT.

MS 2.914/11

ANÁLISES

REALIZADAS

ATENDIMENTO A

LEGISLAÇÃO

22

22

17

22

22

12

22

22

22

22

22

22

22

22

22

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

44,08

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 8/31

MULTA P/IMPONTUALIDADE

08/2019

JUROS DE MORA

05/2019

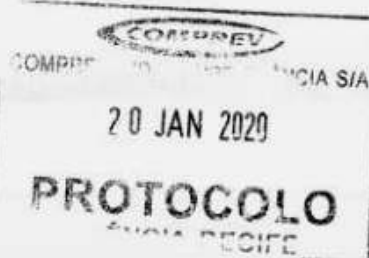
24,98

1,49

1,51

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$



PIS	44,08	2,45	0,73
COPIS	44,08	7,40	3,35

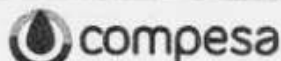
VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 72,06

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 148,04. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: GIVALDO CAMPOS ROBERTO

Emitido em: 14/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

INSCRIÇÃO:

10656213.4

09/2019-9

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 72,06

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82830000000-7 72060018115-3 10656213401-3 09201990003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CARNEIRO - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.004398-2
CNPJ: 08.769.935/0001-84
Qualidade da Água: www.compessa.com.br

2

Nº Documento: 201909106562134

Escritório: QUIPAPA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE: ANA FLAVIA TEIXEIRA DE ALMEIDA
R. EDUARDO CAMPOS, N. 30024 - ARON CHAPOVAL QUIPAPA PE 55415-000
INSCRIÇÃO: 115.810.022.0000.240 GRUPO: 11

10656213.4

09/2019-9

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 10656213.4

SITUAÇÃO DA LIGADA	SITUAÇÃO DO POTENCIAL	DATA DE LEITURA	DATA DE LEITURA	DATA DE LEITURA	DATA DE LEITURA
LIGADO	POTENCIAL				
13/01/2019	04/09/2019	04/10/2019			
ÁGUA	CONSUMO: 10	ESGOTO			
LEIT. ANT.: 587	TAXA MINIMA	LEIT. ANT.: 0			
LEIT. ATUAL: 597	ANOMALIA DE LEITURA	LEIT. ATUAL: 0			
LEIT. DES.: 597		LEIT. PAT.: 0			
HISTÓRICO DE CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS			
06/2019 10	TURBIDEZ	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO	
07/2019 9	COR APARENTE	22	22	17	
08/2019 10	COLOR RESIDUAL	22	22	12	
05/2019 10	COLIFORMES TOTAIS	22	22	22	
04/2019 10	E. COLI	22	22	22	
03/2019 8	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 10 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.				
MÉDIA 9/ 0	(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.				
	(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

44,08

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 8/31

24,98

MULTA P/IMPONTUALIDADE

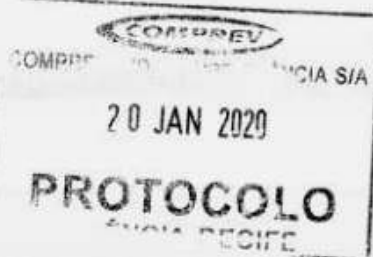
08/2019

1,49

JUROS DE MORA

05/2019

1,51



PIS	44,08	2,45	0,73
COPIS	44,08	2,45	3,23

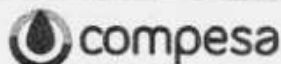
VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 72,06

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 148,04. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVIDADE E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: GIVALDO CAMPOS ROBERTO

Emitido em: 14/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

INSCRIÇÃO:

10656213.4

09/2019-9

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 72,06

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82830000000-7 72060018115-3 10656213401-3 09201990003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SECRETARIA DE
SAÚDE

QUIPAPÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^{re} Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá				Data: 10/11/19	
Nome: Dora da Silva				Hora: 17:17	
Endereço: Rua do Brasil				Município: Quipapá	
Nome da Mãe: Maria D. da Silva				Telefone:	
Acompanhante e/ou Responsável:					
Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
Acidente de trabalho		☒ Masculino	08/10/86	☒ Brasileiro	
Caso de Polícia		☐ Feminino		☐ Estrangeiro	
				UF	OUTRO DOCUMENTO
				CPF: 250 137 958 77	
Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames Complementares:	
Max: Min:		Axilar: Retal:			
Paciente Vítima acidente de Moto.					
HD: Fratura de Clavícula				Fato 18:06 CPF: 698 287	
Tratamento:				① Voltar com JFA - (SM)	
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 20 JAN 2020 PROTOCOLO 1000000063178096					
Destino dado ao Paciente:				Impressão Diagnóstica:	
☐ Residência ☐ Internado					
Encaminhado:				Doenças Concedidas _____ Dias	
Removido:					
Óbito às ____ H ____ min. Do dia ____					
Encaminhado ao I.M.L. ☐				Assinatura e carimbo - C.R.M./C.R.O.	
Eu _____, RG _____, assumo integral responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta Instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou pessoa acima relacionada. _____, às _____ h.					
Ass: _____					

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

20 JAN 2020

PROTOCOLO

1000000063178096

Luiz Silva
Médico Clínico Geral
CRM-PE 26455

Assinatura e carimbo - C.R.M./C.R.O.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

Hambutalorio 3+19-9389

PRONTUÁRIO:

348697.

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA DE ALEXANDRE PEREIRA FILHO (TÍTULO)

14000

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RESUMO DE ALTA

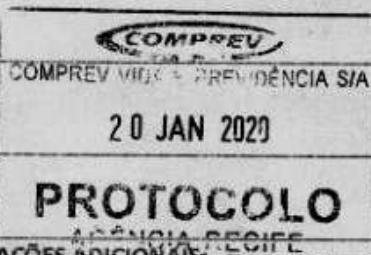
NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO:

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III



AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA DE ALEXANDRE PEREIRA FILHO (TÍTULO)

14000





**COLO
REGIFE**

HDA: *Vickie Leventhal*

motociclistas
enchidos

LAC, TPO (II)

Mante op de pels
TTO *aan de hand*

Dr. Alexandre Corso Pina
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 20374 RQE 14906



Data e hora retirada da senha: 10/11/2019 22:59

Nome Paciente: DIEGO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/10/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 10032
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/11/2019 23:12 - 10/11/2019 23:14

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO EM MSD

Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5813062

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): DEFORMAÇÃO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2019 23:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Diego José de Sá Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 33 C.I.: _____
Pais ou Responsáveis: Ju de Sá e M. de Sá
Endereço: _____
Cidade: _____ Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ / _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional do Aporte SENHA: 5813062

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: Tror + dependência no
centro 11 / após fúria de dor

EXAME FÍSICO: Deficiência auditiva
em MF

DROGAS ADMINISTRADAS: Volforan 10mg IV

EXAMES COMPLEMENTARES: NA audição

HD: LAL grau III audição

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____



DATA: 10/10/19
10/11/19

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-8430



SECRETARIA DE
SAÚDE

QUIPAPÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^{te} Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá				Data: 10/11/19	
Nome: Dora da Silva				Hora: 17:17	
Endereço: Rua do Brasil				Município: Quipapá	
Nome da Mãe: Maria D. da Silva				Telefone:	
Acompanhante e/ou Responsável:					
Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
Acidente de trabalho		☒ Masculino	08/10/86	☒ Brasileiro	
Caso de Polícia		☐ Feminino		☐ Estrangeiro	
				UF	OUTRO DOCUMENTO
				CPF: 250 137 958 77	
Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames Complementares:	
Max: Min:		Axilar: Retal:			
Paciente Vítima acidente de Moto.					
HD: Fratura de Clavícula				Fato 18:06 CPF: 698 287	
Tratamento:				① Voltaram JFA - (SM)	
Destino dado ao Paciente:				Impressão Diagnóstica:	
☐ Residência ☐ Internado					
Encaminhado:				Doenças Concedidas _____ Dias	
Removido:					
Óbito às ____ H ____ min. Do dia ____					
Encaminhado ao I.M.L. ☐				Assinatura e carimbo - C.R.M./C.R.O.	
Eu _____, RG _____, assumo integral responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta Instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou pessoa acima relacionada. _____, às _____ h.					
Ass: _____					

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

20 JAN 2020

PROTOCOLO

1000000063178096

Luiz Silva
Médico Clínico Geral
CRM-PE 26455

Assinatura e carimbo - C.R.M./C.R.O.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

Hambutalorio 3+19-9389

PRONTUÁRIO:

348697.

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA DE ALEXANDRE PEREIRA FILHO (TÍTULO)

14300

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

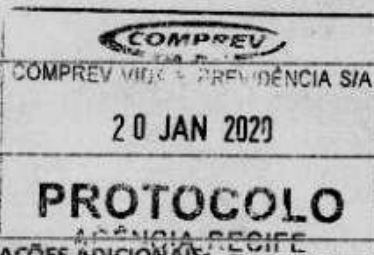
NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO:

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III



AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD DE X CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA DE ALEXANDRE PEREIRA FILHO (TÍTULO)

14300



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1304744605

NOME
DIEGO JOSE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
6027563 SSP PE

CPF
350.137.858-77

DATA NASCIMENTO
08/10/1986

FUNÇÃO
JOSE NATALICIO DA
SILVA
JUDITE MARIA DOS
SANTOS SILVA

PERMISSÃO
ACQ. CIE 1986
AD

INSCRIÇÃO
02878201571

VALIDADE
02/11/2021

VALIDADE
14/11/2006

OBSERVAÇÕES
sem observações

Diego José da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
PALMARENS - PE

DATA EMISSÃO
09/11/2016

Diego José da Silva
Diretor Estadual
DETRAN - PE

30955258706
PE075634400

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

PRIMEIRO PLATIFICADOR
1304744605



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
DIEGO JOSE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO / UF
6027563 SSP PE

CPF
350.137.958-77

DATA NASCIMENTO
08/10/1986

FUNÇÃO
JOSE NATALICIO DA SILVA
JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA

PERMISSÃO
ACQ. CIE 1986

IF REGISTRO
0207201571

VALIDADE
02/11/2021

PHOTO
14/11/2006

OBSERVAÇÕES
sem observações

Diego José da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
PALMARENS - PE

DATA EMISSÃO
09/11/2016

Diego José da Silva
Assessor Técnico
Assessor Técnico

30955258706
PE075634400

DETRAN - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1304744605

PRIMEIRO PLATIFICADOR
1304744605



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
DETTRAN - AL 04484030318 Nº 015026976321 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		AL Nº 015026976321 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
01	00592377415	EXERCÍCIO 2019	
NOME JOSE CRISTIANO FERRRIRA DA SILVA		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
04894134470	ORR0419	EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/06/2019	
ORR0419 AL	9C2KC1680R409768	CPV / CNPJ 04894134470 ORR0419	
PAS/MOTOCICLO/NEENHUMA	ALCO/GASOL	RENAVAM 00592377415 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN FSDT	
HONDA/CG150 FAN FSDT	2013 2014	ANO FAB 2013 CAL DEB 9 Nº CHASSI 9C2KC1680R409768	
2P/149CC	PARTIC	PRÊMIO TARIFÁRIO	
PARTIC	PRESTA	PRÉMIO (R\$) 36,05 DETRAN (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05	
PAGO RM	2-11/11/11	CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IDP (R\$) 0,32 TOTAL DO SEGURO (R\$) 84,58	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11	IDP (R\$) 0,32	PRÊMIO TOTAL (R\$) 84,58 DATA DE PAGAMENTO 10/06/19	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		PAGAMENTO ☒ DOTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 10/06/19	
UNIAO DOS PAISES - 10/06/2019		SEGURODORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.345.008/0001-04	
B534		A2FE	

COMPREV
COMPREV UNIAO E PREVIDÊNCIA SIA
20 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECEBE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
DETTRAN - AL 04484030318 Nº 015026976321 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		AL Nº 015026976321 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
01	00592377415	EXERCÍCIO 2019	
NOME JOSE CRISTIANO FERRRIRA DA SILVA		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
04894134470	ORR0419	EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/06/2019	
ORR0419 AL	9C2KC1680R409768	CPV / CNPJ 04894134470 ORR0419	
PAS/MOTOCICLO/NEENHUMA	ALCO/GASOL	RENAVAM 00592377415 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN FSDT	
HONDA/CG150 FAN FSDT	2013 2014	ANO FAB 2013 CAL DEB 9 Nº CHASSI 9C2KC1680R409768	
2P/149CC	PARTIC	PRÊMIO TARIFÁRIO	
PARTIC	PRESTA	PRÊMIO (R\$) 36,05 DETRAN (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05	
PAGO RM	2-11/11/11	CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IDP (R\$) 0,32 TOTAL DO SEGURO (R\$) 84,58	
FADA LIVA	3-11/11/11	CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IDP (R\$) 0,32 TOTAL DO SEGURO (R\$) 84,58	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11	PRÊMIO TOTAL (R\$) 84,58	DATA DE PAGAMENTO 10/06/19	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		X DOTA UNICA	
UNIAO DOS PAISES - 10/06/2019		SEGURO LÍDER - DPVAT	
BE34		CNPJ 06.345.008/0001-04	

COMPREV
COMPREV UNIAO E PREVIDÊNCIA SIA
20 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECEBE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
DETTRAN - AL 04484030318 Nº 015026976321 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		AL Nº 015026976321 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA: 01 Cód. RENAVAM: 00592377415 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2019	ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		
NOME: JOSE CRISTIANO FERRRIRA DA SILVA		EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 10/06/2019	
CPF / CNPJ: 04894134470 PLACA: ORR0419		CPF / CNPJ: 04894134470 PLACA: ORR0419	
PLACA ANT. / UF: ORR0419 AL CHASSI: 9C2KC1680R409768		RENAVAM: 00592377415 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN FSDT	
ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NEENHUMA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL		ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2014	
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN FSDT		CAP / POT / CIL: 2P/149CC	
CATEGORIA: PARTIC		COB. PREDOMINANTE: PRESTA	
DOTA UNICA: 1- 11/11/11 VENC. DOTA UNICA: 2- 11/11/11 FADA LIXA: 3- 11/11/11		PRÊMIO TARIFÁRIO PRB (R\$): 36,05 DETRAN (R\$): 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$): 40,05	
PRÊMIO TOTAL (R\$): 80,11 DATA DE PAGAMENTO: 10/06/2019		CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IDP (R\$): 0,32 TOTAL A SER PAGO (R\$): 84,58	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		DATA DE COTAÇÃO: 10/06/19	
UNIAO DOS PAISES - 10/06/2019 BE34		SEGUROADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.345.008/0001-04	

COMPREV
 COMPREV UNIAO E PREVIDENCIA SIA
 20 JAN 2020
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECEBE



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3200/032589

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3200/032589 tendo em vista está apresentando onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por LAUDO. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: DIEGO JOSE DA SILVA

CPF: 350.137.958-77



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200055169 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027596/20

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

Data do acidente: 10/11/2019

CPF: 350.137.958-77

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO JOSE DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DIEGO JOSE DA SILVA : 350.137.958-77

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: 20/01/2020
Nome: DIEGO JOSE DA SILVA
CPF: 350.137.958-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

DIEGO JOSE DA SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045346/20

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

CPF: 350.137.958-77

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DIEGO JOSE DA SILVA : 350.137.958-77

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: 03/02/2020
Nome: DIEGO JOSE DA SILVA
CPF: 350.137.958-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

DIEGO JOSE DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

