
Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SEVERINO BARBOSA 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



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SEVERINO BARBOSA 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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000002369-8

Conta: 000010018896-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:
094.350.444-92 José Severino Barbosa 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: José Severino Barbosa da Silva 6 - CPF: 094.350.444-92
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Padre José Marques 9 - Número: 19 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Orobó 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.745-000
15 - E-mail: cleyde.marques@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 81-9993-2863

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: 2369 8 CONTA: 18.896 4 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 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) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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, Orobó, 16 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Severino Barbosa da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
16/03/2020 - Autoatendimento - 11:48:24
165071416 0862

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO JOSE SEVERINO BAR SIL
AGENCIA: 2369-8
CONTA: 18.896-4
VARIACAO 51
VALOR * 2.00
NR. ENVELOPE 2.066.681.236

* Acolhido em: 16/03/2020, na Agência 1650-0.

DECLARO-NE CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

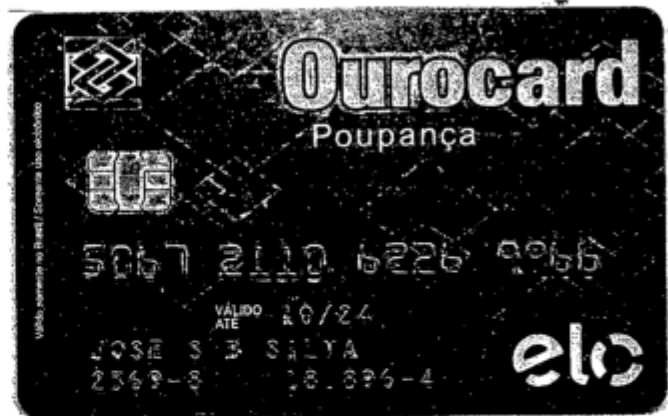
Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope".
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0146 (demais localidades).

Ler no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

Conta Poupança





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E0211000169

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2020 às 15:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **5/12/2019 às 22:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OROBO, 01 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR \ AGENTE)
EDUARDO GOMES DE MOURA (OUTRO)
JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**



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

JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA BARBOSA
Pai: **SEVERINO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **17/2/1992** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9080377/SDS/PE (RG), 09435044492 (CPF)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA PADRE JOSE MARQUES DA FONSECA, 10, PROXIMO A GARAGEM DA PREFEITURA - CEP: 0**
- Bairro: **CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EDUARDO GOMES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BENTA LINA DA SILVA MOURA
Pai: **SEVERINO GOMES DE MOURA** Data de Nascimento: **19/10/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO GOMES DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN EX** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD4200 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

CONFORME A VÍTIMA, SENHOR JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA, O MESMO CONDUZIA UMA MOTOCICLETA HONDA CG 160 TITAN EX, CHASSI: 9C2KC2210GR006091, PLACA PCD 4200, ANO FAB. 2016, MOD. 2016, VINDO NO SENTIDO BOM JARDIM OROBÓ NAS IMEDIAÇÕES DA PE-88, QUANDO PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL UM CAVALO ENTROU NA PISTA, MOMENTO EM QUE A VÍTIMA NÃO CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL VINDO A

José Severino Barbosa da Silva

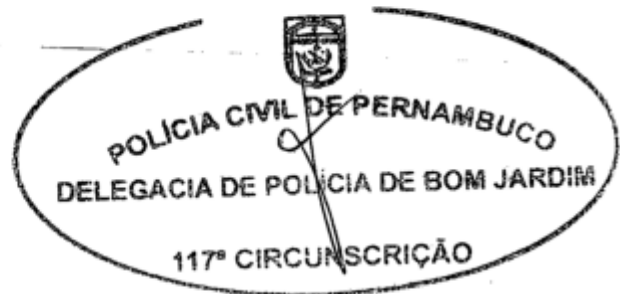
COLIDIR. EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES A VITIMA FICOU INCAPACITADA PARA O TRABALHO DESDE A DATA DO ACIDENTE ATÉ A PRESENTE DATA DIA 11/03/2020. NO DIA DO FATO O SENHOR JOSÉ FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE OROBÓ PELA EQUIPE DO SAMU DO MUNICIPIO. DIANTE DESSES FATOS, VEIO A VITIMA ATÉ ESSA DELEGACIA PARA REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA

(VITIMA) *José Severino Barbosa da Silva*

B.O. registrado por: **JOELSON DOS SANTOS FARIAS** - Matrícula: **388035-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 094-350-444-92 3 - CPF da vítima: 094-350-444-92 4 - Nome completo da vítima: José Severino Barbosa 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: José Severino Barbosa da Silva 6 - CPF: 094-350-444-92
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Padre José Marques 9 - Número: 19 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Orobó 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.745-000
15 - E-mail: cleyde.marques@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 81-9993-2863

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: 2369 8 CONTA: 18.896 4 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 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) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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, Orobó, 16 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Severino Barbosa da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000010018896-6

Nr. da Autenticação FB73755195F41874



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0009943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LIDIA DE SOUZA MARTINS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PE JOSE MARQUES 19 CS-

CPF: 108.251.844-10 NIS: 16355394740

CENTRO URBANO
URUBO-PE
55745-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

7026786244 02/2020
21/02/2020 17/03/2020
25,84

097032805	URUBO	14/03/2020
14/03/2020	2016137337	6498358

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,09267836	2,79
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	41,0000000	0,17037719	7,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09177149	2,75
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	41,0000000	0,15723884	6,44
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,88
Compensação FIC Anual 2019			-0,48

TOTAL DA FATURA

25,84

IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	IP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317189450	CA1	17-01-2020	1.401,70	14-03-2020	1.473,10	20	1.567,40		71,40

PERÍODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
FEV 20	71			
JAN 20	80			
DEZ 19	69			
NOV 19	115			
OUT 19	80			
SET 19	79			
AGO 19	57			
JUL 19	67			
JUN 19	47			
MAY 19	44			
ABR 19	38			
MAR 19	53			
FEV 19	42			

ICMS	12,42	0,75	0,14
PIS	19,42	2,43	0,67
COFINS			

Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,15353200
Consumo-TE até 30 kWh	0,08033250
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15057500

EACV 8C07 831B 9D1A 24F5 8748 84DB 557A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague o valor da fatura dentro do prazo estipulado para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O não pagamento da fatura em tempo hábil poderá acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, bem como a cobrança de multa por atraso no pagamento. O cliente é responsável por manter a fatura em dia e por pagar o valor devido dentro do prazo estabelecido. O não pagamento da fatura em tempo hábil poderá acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, bem como a cobrança de multa por atraso no pagamento. O cliente é responsável por manter a fatura em dia e por pagar o valor devido dentro do prazo estabelecido.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	0,18	5,91	11,82	23,64			
DIC	1,80	3,36	6,72	13,45			
FIC	0,18	3,45	6,90	13,80			
DMC							

DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR	VALOR
DESCRIÇÃO	12,22	12,22	12,22

DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR	VALOR
DESCRIÇÃO	12,22	12,22	12,22

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Severino Barbosa da Silva

RG nº 9.080.377, data de expedição 18/08/2010, Órgão SDS/PE

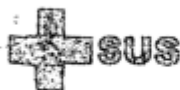
CPF nº 044.350.444-92, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua PE José Marques</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Orobo</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>081- 9.9993-2863</u>
E-mail	<u>cleide.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orobo, 30 de janeiro de 2020.

Assinatura do Declarante: Jose Severino Barbosa da Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

IDENTIFICAÇÃO	MÉDICO REGULADOR <i>Dr. Alcione</i>			TARMI -		OPERADOR DE FROTA <i>Jessica</i>	
	DATA <i>05/12/19</i>	HORA <i>22:20</i>	ID	Nº OCORRÊNCIA <i>5717591</i>	UNIDADE MÓVEL <i>U.S.D.</i>	BASE DA UNIDADE <i>Samu Orobó</i>	
	ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA <i>PE-88</i>					Nº <i>SIN</i>	
	BAIRRO <i>Centro</i>			MUNICÍPIO <i>Orobó</i>			
	PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo a oficina de Rinaldo</i>						
	NOME DA VÍTIMA <i>Messe Severino Barbosa de Silva</i>					IDADE <i>29</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SOLICITANTE/FONE <i>Fátima</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS		
QUEIXA <i>Dor em U.S.</i>							
Comunicação		Saida da base <i>22:21</i>	Chegada no local <i>22:24</i>	Saida do local <i>22:29</i>	Chegada no destino <i>22:30</i>	Saida no destino <i>23:00</i>	Chegada na base <i>23:01</i>

☐ Orientação ☒ Transporte ☐ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrada ☐ Cancelada

Transfêrências (se for o caso)

Tipo de lesão:

☒ Acidente Trânsito: *motocicleta*

☐ Pedestre

☒ Condutor do veículo

☐ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínico

☐ Desabamento/Desarrastado

Antecedentes:

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência de pulso

☐ Cansaço

☐ Eletrocução

☐ FAS

☐ FAF

☐ Gineco-obstétrico

☐ Lesão térmica

☐ Pediatra

☐ Poliquêntico

☐ Quase Afogamento

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença infecciosa contagiosa

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Convulsão

☐ Diarréia

☐ Dificuldade Respiratória

☐ Dor Local

☐ Febre

☐ Inconsciente/Desmaio

☐ Queimadura

☐ Queimadura

☐ Térmica

☐ Química

☐ Elétrica

☐ Outras:

☐ Drogadição

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos anteriores

☐ Medicamentos:

☐ Problemas Respiratórios

☒ Outras: *nenhuma*

☐ Palidez

☒ Sangramento

☐ Vômito

☐ Outras:

Início dos Sintomas: ☒ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Entre 4 horas ☐ Entre 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Seturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início <i>22:25</i>	<i>120x80</i>	<i>102</i>	<i>160</i>	<i>36,5°C</i>	<i>106</i>	<i>99</i>	<i>15</i>
Fim <i>23:00</i>	<i>120x80</i>	<i>102</i>	<i>160</i>	<i>36,5°C</i>	<i>106</i>	<i>99</i>	<i>15</i>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre

☐ Obstrução Parcial

☐ Total

☐ Corpo Estranho

☐ Bronco Aspiração

☐ Edema de Glote

☐ OOS

Achados ☐ Crepitação

☐ Enfisema Subcutâneo

☐ Expectoração mucocaputulenta

☐ Hemoptise

☐ Hálito Fétido

☐ Outros

Respiração Ventilação:

☒ Espontânea

☐ Positiva Respiratória

☐ Assistida

☐ Ritmo Irregular

Azeite:

☒ Normal

☐ Roncos/bíbios

☐ Estertores

☐ Diminuição RV

☐ Ausência RV

Expiração:

☒ Normal

☐ Suprassibil

☐ Regular

☐ Irregular

CIRCULAÇÃO

☒ Polo

☐ Edema

☐ Perfusão

☐ Pulso

☒ Ausculta

☐ Escuta

☐ Cianose

☒ Ausente

☐ Normal

☐ Regular

☐ Normal

☐ Normal

☐ Fria

☐ Palpável

☐ Retardado

☐ Irregular

☐ Hipotensão

☐ Alterado

☐ Úmido

☐ M. Inferior

☐ Ausente

☐ Fino

☐ Chato

☐ Não realizado

☒ Normal

☐ Ansa

☐ Ausente

☐ Ausente

☐ Arritmia

☐ Sopros

☐ Palidez

☐ Quente

☐ Seca

☐ Outros:

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MIB		EM	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfuração											
Contusão											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Aceleração											
Luxação											
Queimadura											

OBSERVAÇÕES
 Paciente apresenta
 ta esmagamento
 no quarto dedo
 em USE na fa-
 lanx distal.

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☒ Sonolência
☐ Coma
☐ Contusão
☐ Convulsão
☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinin direito
☐ Sinal de Guaxinin esquerdo
☐ Rigidez de nuca
☐ Afasia

- ☐ Miase Direita
☐ Miase Esquerda
☐ Midriase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Anestesia
☒ Pupila reage
☐ Pupila não reage
☐ Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Turgência jugular
☐ Enfema subcutânea
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Dolores/Defesa
☐ Esplenomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Hêmaturia
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 0-1 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-6 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento

- ☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial

- PROCEDIMENTOS:**
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Entubação Nasotracheal
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- APGAR:**
☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Mensagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Tais/Tração
☐ Entubação Orotracheal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração cardíaca / Oximetria
☐ Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volumétrica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500 ml		1	EV	12:30
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital General de Tavares

MUNICÍPIO: Aracaju - SE

INTERCORRÊNCIA: clínicas médicas

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Marcos		Cláudia	Edvaldo

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANA, nesta oportunidade:

RG ou CPF: Assinatura:

Dr. Antonio L. Henrique
 Assinatura Médica do médico
 (UABM de destino)
 HORA:



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ

Hospital Severino Távora

Uma Nova História

Parceria: Prefeitura Municipal de Orobó



Data: 05/12/2019	Hora: 22:34	Registro: 52504
Nome: José Severino Barbosa da Silva		
Data de Nascimento: 12/02/1992	Idade: 27 anos	
Endereço: R. Padre José Marques	Referência:	
Responsável: O mesmo		
Endereço do Responsável: Orobó		
Cartão Nacional do SUS:		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

Local da Ocorrência:
Tipo de Ocorrência:
() Acidente de Trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros

Sinais Vitais
PA: FC: TEMP: FR:

Queixas: Paciente vítima de acidente de moto, deu entrada nesse serviço, trazido p/ SAMU, apresentando ferimento em IV Quiróscito de MSE
--

Exame físico: Se observava ferida exposta IV Quiróscito MSE S/ TCE Hemodinamicamente estável
--

Hipótese diagnóstica: Fratura exposta IV Quiróscito MSE

Procedimentos: - Limpeza + Assepsia e
- Imobilização
- Profilaxia + Rociagem 2g + AD +
- 23/3/2019 Centomune 800 300 + AD
- Cetorolaco 100 + 100 + SF
- Analgia p/ tramadol

Natal Albuquerque
COREN - 1.040.206
Técnica em Enfermagem

Dr. Antônio Henrique
Médico
CRM-PE 25717

Ao Seguro DPVAT

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**, 27 anos, trabalhador rural, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de dezembro de 2019 que resultou em fratura diafisária da ulna esquerda e amputação traumática da falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo.

Foi submetido à regularização de coto de amputação em falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo e tratamento conservador da fratura da ulna esquerda.

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço; nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CRM: 11695 / PE

Surubim, 7 de janeiro de 2020

12:35:40



IRM
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

1. Anamnese (06/12/2019) - Idade: 27 anos e 9 meses e 18 dias

Anamnese Completa

Q.D. - H.M.A.:

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HÁ DIA QUE RESULTOU EM:

-AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º QD ESQ.

-FRATURA DA DIÁFISE DA ULNA ESQUERDA, COM DESVIO MÍNIMO;

CD: CURATIVO +TALA AXILO-PALMAR;

MAXSULID 400 mg.

2. Retorno (20/12/2019) - Idade: 27 anos e 10 meses e 3 dias

Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;

RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA;

MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES

RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: GESSO AXILO-PALMAR. VOLTAR COM 15 DIAS.

Exame Físico Geral			
Estatura(cm)	160,000	Peso(Kg) 55,000	
	Desejável	51,20-64,00 kg	
	I.M.C. =	21,48 kg/m ²	Peso normal
Pressão Arterial			
Exame Físico RCQ			
Abdômen (cm)	0,000		
Cintura (cm)	0,00		
Quadril (cm)	0,000	RCQ: N/A	

3. Anamnese (07/01/2020) - Idade: 27 anos e 10 meses e 19 dias

Anamnese Completa

Q.D. - H.M.A.:

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS



Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO



Atesto para os devidos fins previdenciários que o **Sr. JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**, 27 anos, trabalhador rural, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de dezembro de 2019 que resultou em fratura diafisária da ulna esquerda e amputação traumática da falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo.

Foi submetido à regularização de coto de amputação em falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo e tratamento conservador da fratura da ulna esquerda.

Encontra-se impossibilitado de realizar atividades que exijam repetidos movimentos de carregamento e levantamento de grandes pesos, sob o risco de agravamento do quadro clínico acima exposto.

Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida.

Encontra-se incapacitado de realizar suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia médica do INSS.

CID 10: S 52.2; S 68.8

4. Retorno (07/02/2020) - Idade: 27 anos e 11 meses e 19 dias

Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;

RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA;

MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES

RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA.

5. Anamnese (13/03/2020) - Idade: 28 anos e 25 dias

Anamnese Completa

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



IRM
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

VOLTA PRA REVISÃO;

APRESENTA-SE CLINICAMENTE BEM, COM REDUÇÃO DA DOR E EDEMA E MELHORIA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DO COTOVELO E PUNHO ESQUERDO;

O EXAME RADIOLÓGICO EVIDENCIA FRATURA EM FASE FINAL DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: MANTER FISIOTERAPIA; ALTA DA ORTOPEDIA.

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11683

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

ANTEBRACHIO

esq.

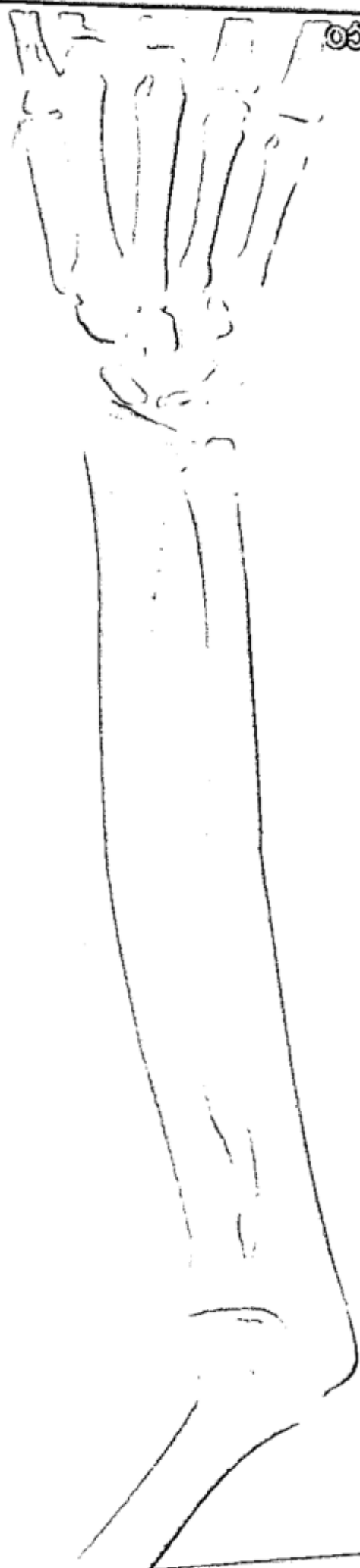
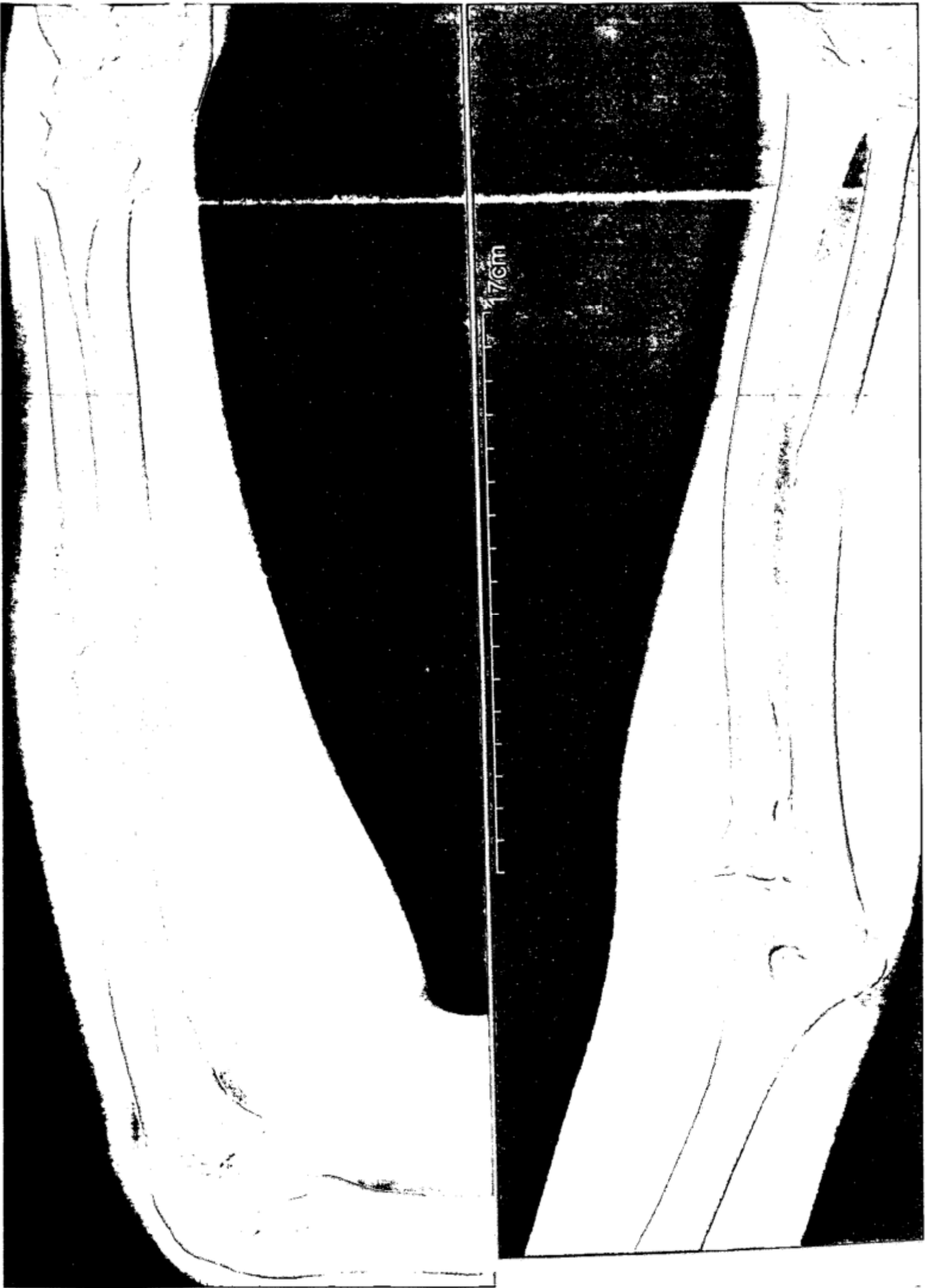


Fig. 101. Anterior view of the left forearm and hand.

ANTEBRACHIO

16cm







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

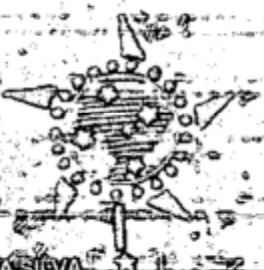
094.350.444-92

Nome

JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Nascimento

17/02/1992



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014959408290

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

EDUARDO GOMES DE MOURA
OROBOR DE

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

DETRAN

DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014959408290 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDUARDO GOMES DE MOURA

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

VIVA!seguradora@de.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1706

OROBOR DE

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 0039 20606453
EXERCÍCIO: 2019

101-2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-03

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EDUARDO GOMES DE NOURA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6291220 / SSP / PE

CPF
039.270.064-67

DATA NASCIMENTO
19/10/1981

FILIAÇÃO
**SEVERINO GOMES DE NOUR
A
BENTA LINA DA SILVA MO
URA**

PERMISSÃO
AD

CAT. NAB.
AD

Nº REGISTRO
01007101381

VALIDADEZ
04/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
20/12/1999

OBSERVAÇÕES

Eduardo Gomes de Noura

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
LIMONIRO, PE

DATA EMISSÃO
05/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Cherif Antônio Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

51014408441
PR083104062

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1560773666

PROIBIDO PLASTIFICAR

1560773666

DE ACORDO COM O BA CESSO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eduardo Gomes de Moura,

RG nº 6.291.220, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 039.270.064-67, com

domicílio na cidade de Orobo, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Sizenando Aguiar, nº 113,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Severino Barbosa da Silva cujo o condutor era

José Severino Barbosa da Silva.

Veículo: motocicleta Honda CG 160 TITAN EX

Modelo: 2016

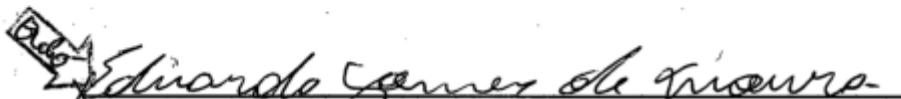
Ano: 2016

Placa: PCD-4200

Chassi: 9C2KC2210GR006091

Data do Acidente: 05/12/2019.

Local e Data: Orobo, 31 de janeiro de 2020.


Assinatura do Declarante

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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBO-PE
Rua Professor Manoel de Aguiar, 20 - Maripolis - Orobo-PE CEP: 55745-000
Fone: (81) 3856-1186 - E-mail: ofidourico.oro@oi.com

Reconheço, POR AUTENTICIDADE,
a(s) firma(s) de (1) EDUARDO GOMES DE
MOURA, Orobo-PE, 31/01/2020. JANETE MARIA
DA SILVA SOARES-ASSISTENTE, fontes
Cartório: R\$ 3,71 - TSNR: R\$ 0,82
FERC: R\$ 0,41 - FERM: R\$ 0,04 -
FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 5,06
Selo(s) 0077602.0VM01202001.01707.



Consulte a autenticidade em: www.jos.oi.com.br



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: José Severino Barbosa da Silva
Data do acidente: 05/12/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 094.350.444-92

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): José Severino Barbosa da Silva

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

CPF do portador: 094.350.444-92

E-mail: cleide.marques@yahoo.com.br Tel: 081 9 9993-2863

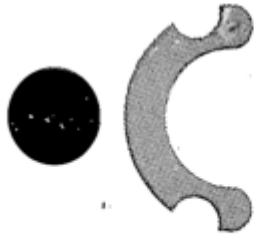
Data: 16/03/2020 Assinatura: Xosé Severino Barbosa da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): PC BOM JARDIM

Atendente: JOSY ELAINE DE AGUIAR Matrícula: 85081787

Data: 17/03/20 Assinatura: [Assinatura]



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



20/03/20



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

RUA SENADOR DANTAS, 74 - 15º ANDAR - CENTRO

RIO DE JANEIRO/RJ

20031-205

TELEFONE / Phone Number

UF / State

RJ

PAÍS / Country

BRASIL

ATENDIMENTO





O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
 site: www.seguradoralider.com.br
 Central de Atendimento:
 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
 0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
 SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

dpvat_oficial
 dpvatoficial
 dpvatoficial
 seguradoralider-dpvat
 BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

**SERVIÇO GRATUITO
 AO BENEFICIÁRIO
 POSTAGEM CUSTEADA PELA
 SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA		081-9-9993-2863	
ENDEREÇO / Address		UF/State	PAIS / Country
RUA PADRE JOSE MARQUES, Nº 19		PE	BRASIL
CEP / Zip	CIDADE / City		
55745-000	OROBÓ		



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALCADO (Overseas)		
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)		
<input type="checkbox"/> NÃO PROCLAMADO (Undeclared)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)		
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1ª	2ª	3ª	às
/	/	/	/
Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / /			
Reinstated to service post			
Data / / Responsável			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141449 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA;
FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA) DE MAIS LESÕES TRATAMENTO
CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3,8

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141449 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA;
FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA) DE MAIS LESÕES TRATAMENTO
CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3,8

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110330/20

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

CPF: 094.350.444-92

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA : 094.350.444-92

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: 07/04/2020
Nome: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA
CPF: 094.350.444-92

JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: IVERSON DA FONSECA MAIA
CPF: 101.299.057-55

IVERSON DA FONSECA MAIA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110330/20

Número do Sinistro: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

CPF: 094.350.444-92

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

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.