



Número: **0023199-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65382 174	28/07/2020 14:09	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180213469**

Vítima: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Data do Acidente: **27/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180213469**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12803181

Pag. 01283/01284 - carta_01 - INVALIDEZ

00020642



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Sinistro: **3180213469**

Vítima: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Data do Acidente: **27/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180213469** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0043100432 - carta_02 - INVALIDEZ

00060216



Carta nº 12833352



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Carta nº: 12922338

A/C: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180213469
Vitima: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
Data do Acidente: 27/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000008260

Conta: 0000009985-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

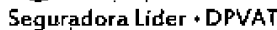
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00775/00776 - carta_15R - INVALIDEZ

00020388





LAÇÃO DO SEGURO
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 103

CAMPO PREENCHIDO

EU, Bartolomeu Leite da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.293.711 EXPEDIDO POR SSP/PE EM / / E
CPF 126505954-34 / CNPJ - - , PROFISSÃO Recepcionista
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bartolomeu Leite da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

TRACAO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

- Boa Vista - CEP: 50.060-010

Ita ao site da RECEITA FEDERAL
a conta informada para depósito

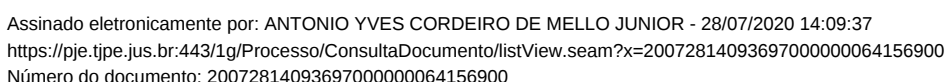
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Caruaru, _____ de Setembro de 2016. Bartolomeu Luty
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguirodetransito.com.br ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bartolomeu Leite da Silva,

RG nº 1.293.711, data de expedição / / , Órgão SSPIPE,

CPF nº 126.505.954-34, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Sta Maria Boa Vista</u>
Número	<u>60</u>
Apto / Complemento	<u>AP - 0001</u>
Bairro	<u>Jardim Panorama</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55000 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 9.9101-0373 / 9.9173-5001 / 3137-1085</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru 23 de Setembro de 2016.

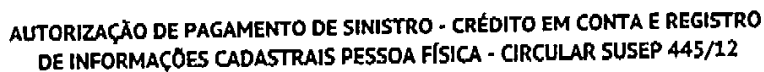
Assinatura do Declarante: João Amada Leite

00.002.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Edu. Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 125505984-34 Nome completo da vítima: (Priscila) Maria Leite de Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU SEU REPRESENTANTE		Profissão
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Wos. Blumenfeld de Sá	06.505.954-34	Procurador
Endereço	Número	Complemento
Av. 5ª Maro Des. 14-8-7	26	HP-000
Bairro	Estado	CEP
Sociedade Penitenciária	SP	05.000.000
E-mail		Telefone (DDD)
		81 3921-1221

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237)		☐ BANCO DO BRASIL (001)	
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ ITAÚ (341)	

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
BANCO Nome		NÚM.	
_____		_____	
AGÊNCIA NÚM.		D/V	
_____		_____	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data

Portales, Roberto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

19 MAY 2018



Assinatura/Consulta: 0260/05995-1

RABELOLOMEDI LITTE DA SILVA

CPF: 170.505.954-34

Tipo: Conjunta

DATA	HISTÓRICO	ORIG	DTVAL	AUT	VALOR
COD. LOTE	FECH				CARTÃO
08/01	SALDO ANTERIOR				30,72
29/01	JUROS -ANIV.27				0,02
	74.09016,1		27/01		
29/01	S A L D O				30,74
05/02	JUROS -ANIV.03				0,11
	74.09016,1		03/02		
05/02	JUROS -ANIV.05				0,01
	74.09020,1		05/02		
05/02	S A L D O				30,86
07/02	JUROS -ANIV.07				0,01
	74.09010,1		07/02		
07/02	S A L D O				30,87
27/02	JUROS -ANIV.27				0,02
	74.09026,1		27/02		
27/02	S A L D O				30,89
05/03	JUROS -ANIV.03				0,11
	74.09021,1		03/03		
05/03	JUROS -ANIV.05				0,01
	74.09025,1		05/03		
05/03	S A L D O				31,01
07/03	JUROS -ANIV.07				0,01
	74.09037,1		07/03		
07/03	S A L D O				31,02
27/03	JUROS -ANIV.27				0,02
	74.09017,1		27/03		
27/03	S A L D O				31,04
03/04	JUROS -ANIV.03				0,11
	74.09019,1		03/04		
03/04	S A L D O				31,15
05/04	JUROS -ANIV.05				0,01
	74.09010,1		05/04		
05/04	S A L D O				31,16
09/04	JUROS -ANIV.07				0,01
	74.09018,1		07/04		
09/04	S A L D O				31,17
27/04	JUROS -ANIV.27				0,02
	74.09017,1		27/04		
27/04	DEPOSITO DIÁMETRO				50,00
	60.48953,1	8260		0054	
27/04	S A L D O				81,19

FORNECIDA DA CONTA EM 27/04/2018					
DETALHAMENTO SALDO EM 26/04/2018					
(*) SALDO ATE 3/5/12					25,18
(**) SALDO A PARTIR DE 4/5/12					6,01

-FIM					

20072814093697000000064156900
13/04/2018

27/04/2018 11:28:45



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180213469
Nome do(a) Examinado(a): Bartolomeu Leite da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av St Maria Boa Vista, 60 Ap 0001
Jardim Panorama Caruaru PE CEP: 55012-050
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 1293711
Data local do acidente: [27/07/2016]
Data local do exame: [29/05/2018] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: AUSENTES
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, COM CICATRIZ CIRURGICA LOCAL, DEFICIT DE MOBILIDADE LEVE DO TORNOZELO (FLEXÃO PLANTAR A 35 GRAUS, DORSAL A 20 GRAUS), SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR PARCIAL
Caso a resposta do Item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no Item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no Item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| ☐ "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | ☐ "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: ☐ 10% residual ☒ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

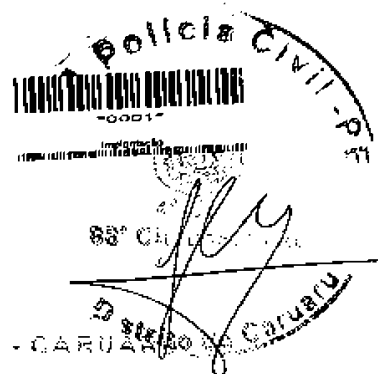
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2620015000436

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/08/2016 às 08:14

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 27/7/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1ª DISTRITO, CUAZ II - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Localidade: VIA PUELICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR - AGENTE);
BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (USADO NA OCORRÊNCIA), QUE ESTAVA EM POSSE DE
NOME DESCONHECIDO

Quantificação da(s) pessoa(s) envolvida(s):

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino, cor da pele: Preta, data de nascimento: 27/07/1983, Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço: Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C, Boa Vista - CEP: 55.063-010 RECIFE-PE

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido, cor da pele: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Quantificação do(s) objeto(s) envolvido(s):

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a) DESCONHECIDO
Categoria/Modelo/Ano: AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto: Opção: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

15/08/2016 08:14

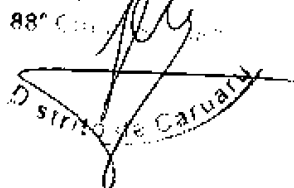


A VITIMA NOTICIA QUE TRANSPORTAVA A FÉ, SENDO LEVADA DO VOTO, QUANDO FOI SURPREENDIDA DO ATACANTISSIMO A GUA, POR UM VIGILANTE, SENDO IDENTIFICADO, QUE VEIO A ATACAR A VITIMA, ARREMESSANDO-A DO ONIBUS, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE ENCAMINHARAM A VITIMA PARA URGENTARIAS, DO ONDE A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 210540, ONDE TEVE O PRIMEIRO ATENDIMENTO, SEM DANO, POR SIEMTE ASSA DEPU.

Assinatura do(s) passad(s) presente nesta unidade policial:

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
(VITIMA)

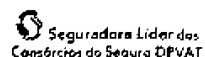
88° C. 12000000000000000000 - Matr. Civil: 221711-2



11/08/2016 06:44



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002278/17
Vítima: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
CPF: 126.505.954-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/07/2016
Titular do CPF: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA : 126.505.954-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

IRENE ARRUDA LEITE : 214.010.394-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 03/01/2017
Nome: IRENE ARRUDA LEITE
CPF/CNPJ: 214.010.394-72

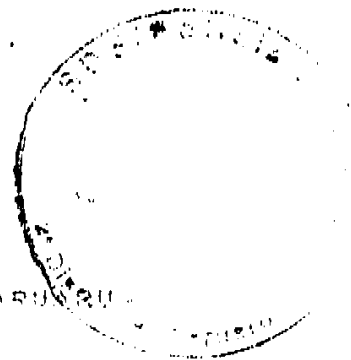
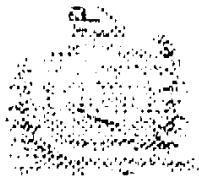
IRENE ARRUDA LEITE

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 03/01/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.784.344-49

Jose Soares da Silva Filho





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 88ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU
DP88-CIRC DINTER1/14-DESS-0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0170901121

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/07/2020 às
10:03

TELEFONIA SEM VÍTIMA NÃO FATAL - Golpe (Golpe IT 1414)
Ocorrido no dia 27/07/2018 às 19:00

Endereço do endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, RUA SÃO VICENTE
FERREZ, S/Nº BOA VISTA - CARUARU, PERNAMBUCO/BRASIL
Forma de acesso: VIA PÚBLICA

Assunto: (s) envolvido(s) na ocorrência:

AVIA FRIEIRO LAURENTINO
PARTICULAR DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

Atividade: (s) objeto(s) da ocorrência: que estava em posse da Srta.
LAURENTINO

Qualificação do(s) agente(s) envolvido(s):

Qualificação do(s) agente(s) presente(s) no plantão: Srta. LAURENTINO, residente em
CARUARU - PERNAMBUCO/BRASIL

ANTONIO LEITE DA SILVA (presente no plantão) - Srta. LAURENTINO
MÉDIA ANUNCIADA LEITE POR MANOEL LAURENTINO DA SILVA (Srta. LAURENTINO)
Data da ocorrência: 27/07/2018 - PERNAMBUCO - BRASIL, Rua São Vicente, 1807, 1809 e
1811, 1813 e 1815 (CPR) Estado Civil: CASADO(a) - Endereço: 11, 080 LAURENTINO
MUNICÍPIO DE CARUARU, RUA AV. SÃO VICENTE, MARIA DO CARVALHO -
CELESTINO BOA VISTA - CARUARU, PERNAMBUCO/BRASIL

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

Atividade: (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s) DESCONHECIDO (do(s) Sr(s) LAURENTINO)
Atividade: DESCONHECIDO
Atividade: AUTOGUARDADO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO (do(s) Sr(s) LAURENTINO)
Qualificação: UNIDADE NÃO INFORMADA

SINCRONIZADO
10 MAI 2010
CONFERIDO COM O ORIGINAL



Complemento / Observação

RECORRE A VITIMA DE QUE FOI ATACADO POR UM CARRO VERMELHO, QUE SE ENCONTRAVA NA BOCA VISTA QUANDO ATROPELADO POR UM CONDUTOR DE UMA VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA QUE SE DE EVADI SEM COLOCAR A VITIMA, SENDO SIDA COLOCADO POR FAMILIARES PARA UMA DO ESTADO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEDRESINI NA CIDADE DE BELENUE.

A(s) pessoa (as) pessoal(s) presente nesta unidade policial:

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
(PROCURADOR)

Francisco Miguel da Silva
O.D. registrado por: FRANCISCO MIGUEL DA SILVA - Matrícula: 110542-4



CONFERIDO COM O ORIGINAL

10 MAI 2020



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Bartolomeu Leite da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.293.711 e inscrito no CPF/MF sob o nº 106.505.954-34, residente e domiciliado na Av. Sta. Maria Boa Vista, Cidade Caruaru, Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bartolomeu Leite da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Caruaru, 23 de Setembro de 2016

Local e data



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Carlobo Meirelles de Salvo [CPI da Vítima 128305934-34] [Data do Acidente 27-07-2018]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPI do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

2018.07.27
18:41:20.00

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior de 2018
Local e Data

Carlobo Meirelles de Salvo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



ANAMNESE

Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
Data nascimento: 20/11/1954 Idade: 65 Anos - A menos de 7 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 05885150
Prontuário: 20072814093697000000064156900
Senha: 123456789

Data e Hora: 27/07/2020 14:09:37

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROELIAMENTO NOSE, APRESENTA TRAUMA EM MIO, SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO E EUPNEICO.

Alergia:

Observação: CLASSIF POR SUS;

ALERGIA A MED. NEGA;

HAS E DM

ABERCAÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 160 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 100 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

NOT.

OPORTUNDA:

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO: TRAUMA

EXAMINADOR:

EDENIA TNZ DIRETO

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX

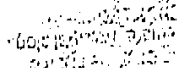
HD:

TRAUMA TNZ DIRETO, FRAT TNZ

Conduta:

TALAM. AO HS.

EVOLUÇÃO:


Ass. do Médico

DR. ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 10559



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08260

CONTA: 000000009985-1

Autenticação:

7F74662139C292F0681BCA8212AB068225B5893B5F22F46A617E434A729C112F



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2ª VIA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 6005943-93		 celpe Grupo Nobisenergia www.celpe.com.br			
		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438/04 COMECOP Atendimento ao deficiente Agência Nac 167-Ligação Grã			
DADOS DO CLIENTE BARTOLOMEU LEITE DA SILVA CPF: 126.505.954-34		DATA DE VENCIMENTO 06/12/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00			
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV STA MARIA BOA VISTA 60 AP-0003 JARDIM PANORAMA/CARIUARU 55000-000 CARIUARU PE		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/11/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/11/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 003700533			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE FORNECIMENTO (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br .		CONTA CONTRATO 004011507145 Nº DO CLIENTE 2302935219 Nº DA INSTALAÇÃO 0004174671			
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
		RESERVADO AO FISCO D95A.5FF8.CD36.A476.3E52.7866.0C7D.A3B9			
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL					
05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 03 JAN. 2017 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C BOA VISTA - RECIFE - PE					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo(kWh)	121,00	0,62927664	78,14		
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,33		
Contribuição Iluminação Pública			3,80		
TOTAL DA FATURA			84,27		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
78,47	25,00	19,61	78,47	0,67	0,53
			78,47	4,04	3,17
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
Descrição do Consumo		Valor		Porcentagem	
Consumo Ativo(kWh)		0,62927664		99,99%	
Consumo Passivo(kWh)		0,00		0,01%	
TOTAL		0,62927664		100,00%	
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR ATUALIZADO	VALOR MENSAL	MÉDIA DIÁRIA	MÉDIA ANUAL
Duração máxima de interrupção contínua	CAMPUS	0,10	0,10	0,10	0,10
Duração máxima de interrupção em dia crítico		0,10	0,10	0,10	0,10
Limite OCRE: 12,22					
EUSG-Valor do Encargo do Uso = R\$ 29,47					
Toda Conta poderá pagar sob forma de prestação dos serviços de EUSG, FIC, DCE e LCE. A taxa varia sempre.					
INFORMAÇÕES IMPORTANTES					
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. Serviço Militar: A segurança do Brasil em nossas mãos. Reservista apresente em sua org. Militar de 09-16/Dez/16. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.					
NÍVEIS DE TENSÃO					
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			
		MÍNIMO		MÁXIMO	
220		202		231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					
DESTAQUE AQUI					
CONTA CONTRATO		MÊS/ANO		TOTAL A PAGAR(R\$)	
004011507145		11/2016		0,00	
		VENCIMENTO		TALÃO DE PAGAMENTO	
		06/12/2016		Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Irene Amada Leite

RG nº 12.125.848-8 data de expedição 28/02/1989 Órgão SSP

CPF nº 214.010.394-72 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Sta. Maria Boa Vista</u>
Número	<u>60</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jardim Panorama</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 9.9101-0873 / 9.9137-5001</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru 23 de Setembro de 2016.

Assinatura do Declarante: Bastolano Bertoloni

JS.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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

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



Grupo Neocenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5539
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE BARTOLOMEU LEITE DA SILVA CPF: 126.505.954-34	DATA DE VENCIMENTO 06/12/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/11/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/11/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 003700533	CONTA CONTRATO 004011507145 Nº DO CLIENTE 2032825539 Nº DA INSTALAÇÃO 300411487
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV. STA MARIA BOA VISTA 60 AP-0001 JARDIM PANORAMA/CARUARU 55000-000 CARUARU PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO D95A.5FF0.CD36.A476.3E52.7866.0C7D.A3B9 05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE RESULTOS LTDA			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	129,00	0,82927864	76,14
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,33
Contribuição Iluminação Pública			3,80

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000001931224	CAT	28/10/2016	9.142,00	29/11/2016	9.863,02	32	1.00000	0,00	721,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
HORAS					
OCORRência de horas sem Energia	CAMPUS	0,10	3,43	10,50	21,73
FICAR sem tensão sem Energia		0,00	1,33	3,99	8,17
DMC Duração máxima de interrupção contínua		2,10	3,1	9,00	2,00
DICI Duração de interrupção em dias críticos		MÉDIA DICI: 12,22			
EUSD Valor de Encargo de Uso - R\$ 23,47					

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/12/2016

Toda informação posta por este e porção das informações LBO, MS, PMS e JMS é de caráter informativo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO	
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-08/08/10) e Juros 1%(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. Serviço Militar. A segurança do Brasil em nossas mãos. Reservista presente em sua org. Militar de 09-15/Dez/16. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou da rede de tensão de fornecimento. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
		220	232
			231
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE ADUI				
CONTA CONTRATO 004011507145	MÊS/ANO 11/2016	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	VENCIMENTO 06/12/2016	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 00059431-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente 0800 0800 0800
Ouvidoria 0800 282 5500
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARSP: 0800-727-0107-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
117-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

CPF: 129.005.954-34

DATA DE VENCIMENTO

29/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
89,55

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
22/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
010228399

CONTA CONTRATO

4011507145

Nº DO CLIENTE
2002020210

Nº DA INSTALAÇÃO
4114071

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV STA MARIA BOA VISTA 60 AP-0001

JARDIM PANORAMA/CAHUARIU
50000-000 CAHUARIU/PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1909.003D.00F2.ECA7.C899.2042.CE-10.2012

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,000000	0,75	89,25
Contribuição Iluminação Pública			4,31
Multa por atraso-NF 002730333 - 23/03/18			1,65
Multa por atraso-NF 000400040 - 21/02/18			1,25
Juros por atraso-NF 002730333 - 23/03/18			0,57
Juros por atraso-NF 000400040 - 21/02/18			0,25
Atualização IGPM-NF 002730333 - 23/03/18			0,37
Atualização IGPM-NF 000400040 - 21/02/18			0,01

TOTAL DA FATURA

89,55

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	CMO	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	IMPOSTO	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	IMPOSTO	VALOR DO IMPORTE
89,25	20,00	20,33	81,24	0,82	0,60	81,24	3,91	3,18

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Quotação de Energia	R\$	22,27	27,30%
Tributação	R\$	2,35	2,60%
Contribuição (Culpas)	R\$	119,41	23,80%
Pagamento de Energia	R\$	5,03	7,17%
Cargas Residenciais	R\$	7,31	8,10%
Tributos	R\$	24,17	26,71%
Total	R\$	89,55	100%

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAR 18	119
FEV 18	04
JAN 18	120
DEZ 17	118
NOV 17	116
OUT 17	114
SET 17	98
AUG 17	94
JUL 17	85
JUN 17	82
MAI 17	107
ABR 17	98
MAR 17	117

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
81031214	CA7	2162/2018	11442/00	22/03/2018	11.561,00	28	1.000,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA FATURA: 23/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CAUSAS	CONSUMO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR	VALOR
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	5,11	10,12
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,23	6,47
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06
OUT-17 de Interrupção de Energia	CAUSAS	22/03/18	0,0000	3,03	6,06

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na falta de leitura a tarifa em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Pagos em atraso geram multa 2% (Art. 14, ANEEL). Juros 1% a.m. (Lei 10.430/02) e atualização monetária no p.p.a. (Lei 10.430/02).
O Cliente é responsável quando há desconhecimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL	VALOR	VALOR	VALOR
220	202	231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Irene Arruda Leite, portador(a) do RG nº 12.125.848-8, expedido por SSP, em 28/02/1989, CPF/CNPJ nº 244.010.394-72,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Bartolomeu Leite da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Bartolomeu Leite da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - PE Renda Mensal: R\$ Revisor - PE

Documentos comprobatórios: Revisor - PE
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

X Irene Arruda Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

03 JAN. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC-PE-PE





[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Maurício Gonçalves Pereira (Solteiro) RG: 3095924

Endereço: Rua: 100 - Casa: 10 - Bairro: 10 - Cidade: 10 - Estado: 10 Tel.: 1000 1000

Data: 24 / 07 / 10

Assinatura: _____

Autorização de Procedimento () Paciente () Familiar
 Nome: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Tel.: _____
 Procedimento: _____

 Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente: ☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadido-se ☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Transferência: _____ ☐ Internamento _____

Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Data Nascimento: 20/11/1954 **Idade:** 61 Anos, 8 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00885150

Prontuário: 00178298

História Atual:

DOR EM TNZ

Exame Físico:

EDEMA

Exames Complementares/Resultados:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

FRAT TNZ --WEBER C

Conduta:

TALA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

HRA

Motivo:

INTERV

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Data: 27 DE JULHO DE 2016

Hora: 21:19

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

Ass. e CRM do Médico
CRM 12589-PE

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): **ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS**
CRM - 12589

Ass. e CRM do Médico
CRM 12589-PE

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-630



ANAMNESE

Paciente: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**
Data de nascimento: 20/01/1974 Idade: 46 Anos e Meses e 7 Dias
Sexo: Masculino

Coordenador: 00385150
Pront. 00176385
Senha: 00176385

Data e Hora: 27/07/2020 14:09:37

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATRAPELAMENTO HOJE, APRESENTA TRAUMA EM M.D.
SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO E
EUPNEICO.

Alergia:

Observação: CLASSIF POR SUS;

ALERGIA A MED. NEGA;

HAS E DM

ABERÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 160 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 100 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: RR: 16 BPM

HGT:

OPD/HDA:

RELEVANTE DO EXAME FÍSICO: TRAUMA

Exame Físico:

ERITEMA TÍPICO

Exames complementares:

RX

HQ:

TRAUMA TÍPICO DIREITO + TÍPICO TÍPICO

Condicion:

TALA+AC+HSA

Evolução:

Ass. do Médico
Dr. ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 10559

Ass. do Médico
Dr. ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 10559

O.E.: M200100001 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 10/2010 DATA: 21/11/2010
 Num AIH: 261610505969-0 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2010 Data Autorização: 14/08/2010
 Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M200100001 CRC: 0305300185
 Doc autorizador: 980018003072305 Doc med resp: 204322030720003 Doc diretor clínico: 204322030720003 Doc médico solic: 100512963070003
 CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA CN5: 70000185161001-0
 Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA Prontuário: 110817
 Data Nasc.: 20/11/1954 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 1203711
 Responsável pec.: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA Nome da Mãe: MARIA ANUNCIADA LEITE
 Endereço: RUA RUI BARDOSA 204 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (01)0372-11221 Muda Proc.7: NÃO
 Município: 280410 - CARUARU UF: PE CEP: 65004-000
 Procedimento solicitado: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO
 Procedimento principal: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO
 Diag. principal: S827-FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA Diag. secundário:
 Complementar: Causa Óbito:
 Caracter atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
 Data internação: 14/08/2010 Data saída: 16/08/2010 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
 Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
 CNPJ do Empregador: - CNAER: -
 Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
Linha	Procedimento	Documento GRQ	CNES/CNPJ	Anular Valor p/ Qtd	Cmot	Descrição	
1	0408050497	9300160-3798055 225270(1)		2344254	1	08/2016 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
2	0408050497	204322571080018 225151(6)	2344254	2344254	1	08/2016 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA	
3	0702030830		41249434000107	2344254	1	08/2016 PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	
4	0802010040		2344254	2344254	2	08/2016 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/	
5	0401010015	860016007-248 223505		2344254	3	08/2016 CURATIVO GRAU II C/ OU 3/ DEBRIDAMENTO	

DADOS DE OPM					
Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Nota	Série	Req. ANVISA
3	40031	41.249.434/0001-07			CNPJ Fabricante

CID SECUNDÁRIO		Descrição
Cid	Característica	
Y330	PREEXISTENTE	OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos		Número de Saídas		Nº Pré-Natal:
Vivos:	Mortos:	Altas:	Transf.:	

*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 02 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12980, uma via desta relação deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
 DIRETOR DO HOSPITAL

Conferido Com Documento
 Original Bezerras PE 21/01/18
 Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tavares
 Assistente Social
 CRESCER

Robertta Tavares
 Assistente Social
 CRESCER

10/01/2010





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Bom dia, meu filho, da mãe

4/6/17 500 28 cap

7 cap 4/6/17

OT 17

1 Dolamex - FLEE - 070

01 unformado 3000

15/08/16

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Boqueirão - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

2017
2018





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Benedictus Luis de Aze

Reg. 110 212

Data de Nasc. 20/11/1996

Data da Cirurgia 25/05/16

Diagnóstico: Fratura completa do

Tratamento: Redução e fixação - placa e parafusos

Data Retorno: 29/05/16

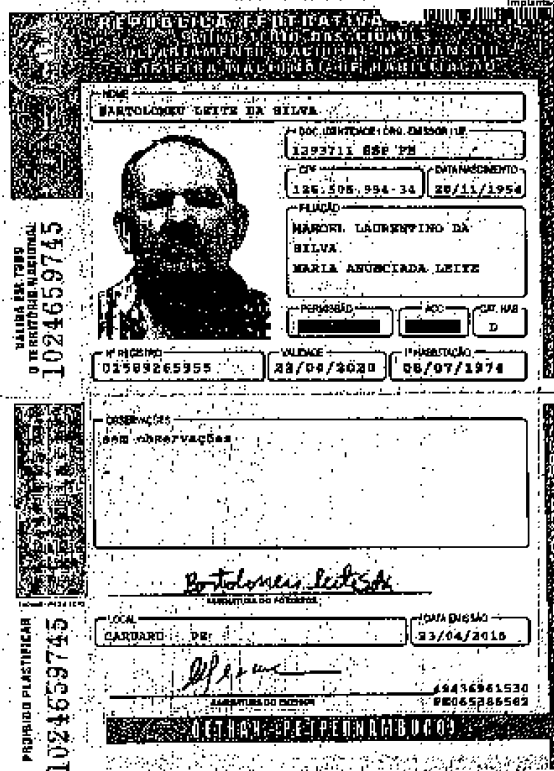
Motivo Retorno: Exame de retorno para fratura
de regressão da fratura

João Araújo V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezorros - PE Fone/Fax: (81) 3728.1586

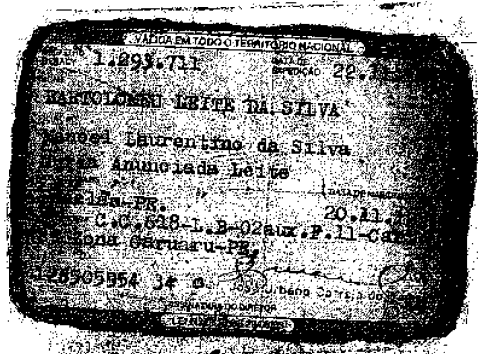
3728.1099





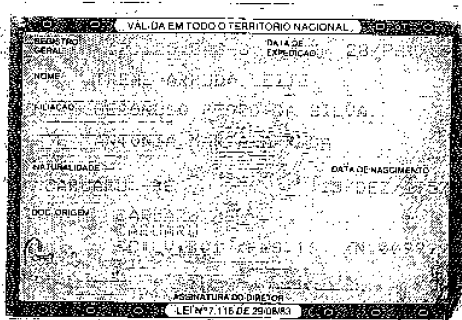
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 52.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
03 JAN 2017
Rua da Aurora, 18-175, SL 402 B.C
Bom Vista - CEP 50060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAFICANTE DE DROGAS
03 JAN 2007
Rua do Aurora, nº 115, SL 902 Bl. C
Praia Viçosa - CEP 92.060-010
Fone: (51) 3086-0100

CÓDIGO DE CONTROLE
5793.D016.4A80.69F9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:32:44 do dia 19/09/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
214.010.394-72

Nome
IRENE ARRUDA LEITE

Nascimento
15/12/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PROPRIEDADE REGISTRADA
214595132

VALHA EM TUDO
O TERREIRO NACIONAL
214595132

444-1111
CARTÃO - FZ
18/07/2016

Proprietário: L. S. A. S.

08/07/2016

08/07/2016

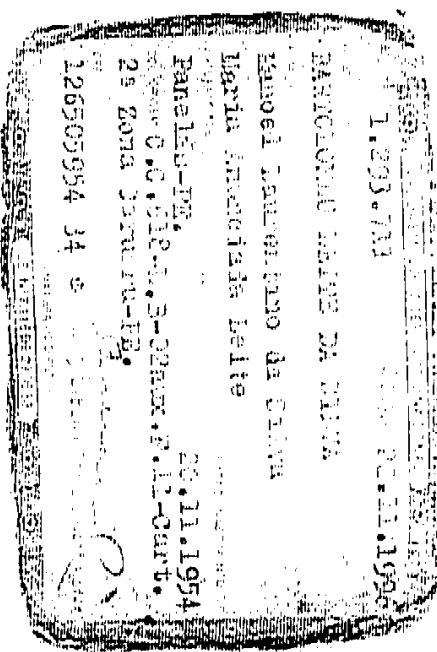
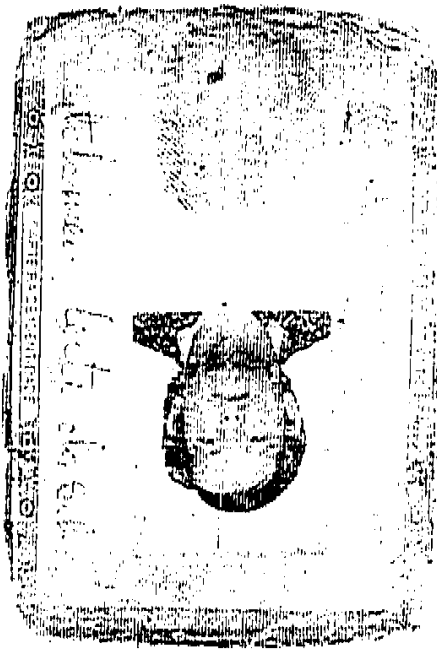
08/07/2016

08/07/2016

08/07/2016

08/07/2016

08/07/2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR/UF
1293711 RSP SP

CPF
126.505.884-36

DATA NASCIMENTO
20/11/1954

FUNÇÃO
MAMEL LAURENTINO DA SILVA
MARIA ANUNCIA DA LEITE

PROFISSÃO
ACR

ACE
D

CEHAB
D

Nº REGISTRO
0189363983

VALIDADE
22/04/2020

EMISSÃO
08/07/1974

COMENTÁRIOS
sem observações

Bartolomeu Leite da Silva
Assinatura do Titular

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
22/04/2015

[Assinatura]
Assinatura do Carteiro

AP438861830
PE083388562

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VIAJEM 1033
INSTRUMENTAL
1024659745

FAZENDO VIATOPULAS
1024659745

6-2015-101

10 MAI 2015



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Berkman Luis de Sales
 DATA DO ACIDENTE 27-07-1999 DATA DA VÍTIMA 11550585434

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Av. São João, 497

Nº 60 COMPLEMENTO PR. 0001 BARRIO Barro Vermelho

CIDADE Leopoldina UF SC CEP 55000-000

E-MAIL _____ TELEFONE (41) 3121.1221

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EFETUADO DO FIEL AUTOR DE DUE POLÍCIA **FORA AUTENTICADA E LEGÍVEL**

(X) CARTA RA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRÁFICO OU CARTA RANQUEONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML **FORA AUTENTICADA E LEGÍVEL**

(X) NA IMPRESSÃO DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DEQUAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGEM) ASSIMILADA À VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGEM) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM PRAÇA DE VÍTIMA (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) OU DEQUAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIAS SIMPLES)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO COTIAÇÃO DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTA RA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA RANQUEONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM PRAÇA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) OU DEQUAÇÃO DA RESIDÊNCIA (CÓPIAS SIMPLES)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 015 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EFETUADO DO FIEL AUTOR DE DUE POLÍCIA **FORA AUTENTICADA E LEGÍVEL**

() CARTA RA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRÁFICO OU CARTA RANQUEONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML ASSISTENTE, INCLUSIVE ASSINADO EM DEQUAÇÃO DO ACIDENTE E DO

TESTAMENTO FINALIZADO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA E LEGÍVEL DAS CESSANTES PRÉVIA DAS HOSPITALARES QUINQUENÁRIAS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) E FARMACIA (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) DO PERFILHO RECEBIDO (ORIGEM) (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM PRAÇA DA VÍTIMA (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) OU DEQUAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIAS SIMPLES)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO COTIAÇÃO DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTA RA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA RANQUEONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM PRAÇA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL) OU DEQUAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIAS SIMPLES)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 015 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

• VALORES DE RESERVAÇÃO - ATÉ R\$ 13.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.154/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (PRELIMINAR). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONSTATADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE 0800 012 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 02-05-2018

DATA 02-05-2018

IDENTIDADE 11233711

NOME Antonio Yves

ASSINATURA Antonio Yves

ASSINATURA Antonio Yves

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180213469

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Data do acidente: 27/07/2016

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, COM CICATRIZ CIRURGICA LOCAL, DEFICIT DE MOBILIDADE LEVE DO TORNOZELO (FLEXÃO PLANTAR A 35 GRAUS, DORSAL A 20 GRAUS), SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Bartolomeu Leite da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 1.293.711, expedido por SSP, em 22/11/1995 inscrito no CPF sob o nº 126505954-34, residente na Avenida Santa Maria Boa Vista, nº 60, complemento AP. 0001, Bairro Jardim Panorama, cidade Caruaru, Estado PE.

2. Outorgado Irene Arruda Leite

portador(a) do documento de identidade nº 12.125.848-8, expedido por SSP, em 28.02.1989 inscrito no CPF sob o nº 214.010.394-72, residente na Avenida Santa Maria Boa Vista, nº 60, complemento AP. 0001, Bairro Jardim Panorama, cidade Caruaru, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



Caruaru - PE, de 11 AGO. 2016, do _____

Outorgante Bartolomeu Leite Silva

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
Reconheço por autenticidade a firma de BARTOLOMEU LEITE DA SILVA; dou fé.
Selo: 0073718.NYO08201602.01225
Caruaru/PE, 11/08/2016 09:41:33. Em test. da verdade.
N.º de Matr. dos Santos - Substituta
Em R\$ 3,63 - TSNR R\$ 0,73 - Total R\$ 4,36 Op.: 39

Br. CNRROS TORORRO

Procuração nº 115 - Nova Tereza de Deus - Caruaru/PE - DEP. 55004-444 - Rev. 101 3722-1733 - Rev. BR 3701319



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PEFIEF-PE

