



Número: **0021726-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71231082	18/11/2020 16:09	2740087_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00217269520208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no joelho esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403230 Cidade: Taquaritinga do Norte Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA Data do acidente: 16/02/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 13,18
ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento
faltante:
Apontamento do Laudo
do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.
sequelas:
Documentos
complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO JOELHO ESQUERDO.**

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 17 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0021726-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71231 108	18/11/2020 16:09	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 01281/01282 - carta_03 - INVALIDEZ

00050641



Carta nº 14511243





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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14511244

Pag. 00639/00640 - carta_01 - INVALIDEZ

00020320





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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000001153-3

Conta: 000010017300-4

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

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

Nº do sinistro da SIA: _____ CPF do beneficiário: 04775419412 Nome completo da vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA CPF: 04775419412
Profissão: REC. INF SI. RETIRO Número: 1417 Cont. emp.: CASA
Bairro: COVA RURAL Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE PE Estado: PE Cel.: 55790000
Z. Ind.: _____ (R) 96650454

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (vermelha para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (verdes os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 17300 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a integralização da indenização em parcela mensal a intermédio do meu cartão de crédito, no valor da indenização mensal do Seguro DPVAT, a qual eu tenho a certeza de estar de acordo em receber, devendo eu arcar com as despesas de emissão do cartão, custas totais do sistema de crédito.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz de trabalhar e não do IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz de trabalhar e não do IML (Instituto Médico Legal) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m/GA) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gravidez da vítima com a vítima: ☐ Vítima deu ou não deu à luz? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deu à luz, informar quantos: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se não, informar quantos: _____ Vítima deu à luz? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deu à luz, informar quantos: _____

Estou ciente de que a Seguradora não se responsabiliza por indenização do Seguro DPVAT por morte, quando o beneficiário que se encontra em situação de risco de vida, não estiver em condições de se locomover e não puderá garantir a própria subsistência, a menos que a vítima tenha sido vítima de homicídio ou de acidente de trânsito.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE PE 27/06/19 TESTEMUNHAS
Nome: _____ Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____

(*) Assinatura da quem assina o RODO

Lenivaldo Ferreira da Silva

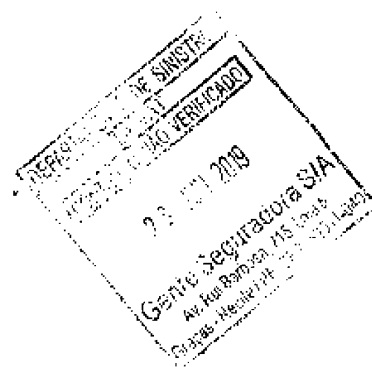
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá assinar por outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
LUIZ CARLOS DIAS YONHA JR.
AGENTE DE POLÍCIA
387.822-9

531954
0219097/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130°CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0220000281

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/05/2019 às 11:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 16/2/2019 às 14:00

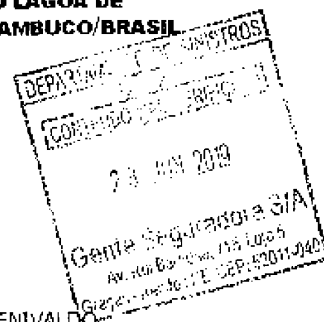
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LAGOA DE FARIAS (ZONA RURAL)** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES (OUTRO)
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**



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

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA** Pai: **EDIVALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/4/1982** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6856949/SDS/PE (RG) 04775419412 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81993477926**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, , SÍTIO RETIRO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

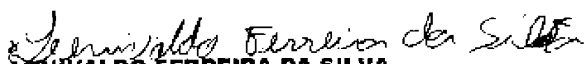
Chassi: **9C2ME0931DR306376**
Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CRF 230 F**



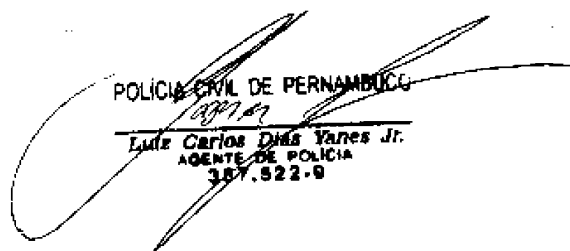
Complemento / Observação

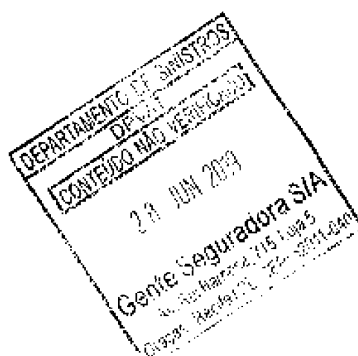
A VITIMA INFORMA QUE, NO DIA 16 DE FEVEREIRO DE 2019, POR VOLTA DAS 14 HORAS, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA CRF 230 F, DE COR VERMELHA, SEM PLACA, NO SENTIDO DISTRITO DE PÃO DE AÇÚCAR AO CENTRO DO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE/PE, QUANDO, NAS PROXIMIDADES DA LAGOA DE FARIAS, AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, OCASIONANDO LESÕES NO JOELHO ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE, DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA DESTA CIDADE, E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO PARA O HRA NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE. POSTERIORMENTE, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PE.

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


LENIVALDO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIZ CARLOS DIAS YANES JUNIOR** - Matrícula: **3875229**


POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
Luiz Carlos Dias Yanes Jr.
AGENTE DE POLICIA
387.522-9



Num. 71231108 - Pág. 8

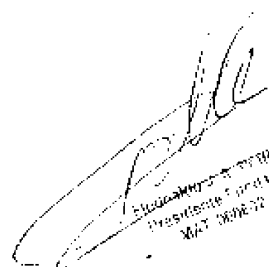
**FUNDATA**

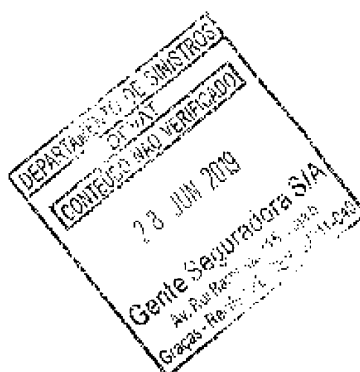
Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva**, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Presidente Fundação
MAT. 000032



Rodovia PE -130. Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192
E-mail: fundata@hotmail.com



Anotações Complementares:

Conduta:

Imobilizar com faixa de crepe do joelho esquerdo

16.04 Voltar a sup - camp intra-plâtes

16.04 RX do joelho esquerdo.

Dra. Natália Maria Prazini
Clínica Médica
Ginecologia e Obstetrícia
CRM 15.759/04
Médico (C.R.M.)

CONDIÇÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Atig.

Curado ☐
Melhorado ☐
Internado ☐
Piorado ☐
Óbito ☐

Óbito em:
Hora:
+ 48 Horas ☐
- 48 Horas ☐

Motivo: ☐ Decisão Médica
☐ Alta Pediátrica
☐ Transferência
☐ Indisciplina

Transferido Para:

HRA - 5642155 -

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em região posterior do joelho esquerdo

Referimento:

Diagnóstico Anátomo-Pathológico:

Dra. Natália Prazini



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: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000010017300-4

Nr. da Autenticação 1259888DE817BC63





Nota Fiscal
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-00 | Insc. Est.: 00254033 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SIRETTO 1417

CPF: 047.754.194-12 NIS: 18495788608

CLASSIFICAÇÃO
81 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUNS

RETRIBUTAÇÃO RURAL DO NORTE RURAL
TADUQUARITUBA DO NORTE PE
55790-000

CONTA CONTRATO

MESMO

Nº DA NOTA FISCAL

SÉRIE

EMISSÃO

2786572049

04/2019

059232334

ÚNICA

15/04/2019

23/04/2019

15/05/2019

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

TOTAL A PAGAR (R\$)

27,28

15/04/2019

2001450883

3863511

27,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Contido Ilum. Pública M.Finc. 29H

QUANTIDADE

PREÇO UNIT.

VALOR (R\$)

50,00000000

0,5471688

27,28

55,00000000

0,37564288

20,55

TOTAL DA FATURA

27,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	LEITURA ANTERIOR	DATA	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
WKA2944	CAI	16-03-2018	11 738 00	15-04-2019	11 843 00	31	1,0000		85,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

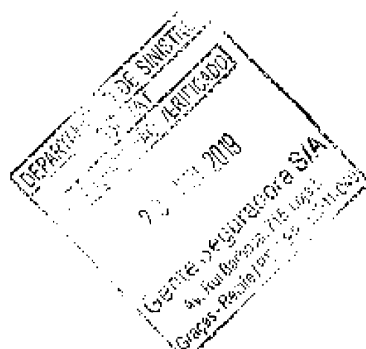
PERÍODO	CONSUMO (kWh)
01/01/18	85
02/01/18	80
03/01/18	70
04/01/18	88
05/01/18	87

INFORMAÇÕES DE SERVIÇOS

ÍCONE	DESCRIÇÃO	VALOR
ICONS	23,46	1,31
PLS	5,74	1,57
COFINS	23,46	1,31

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

CONSUMO (kWh)	PERCENTUAL
Consumo de Energia	85,00%
Transmissão	20,86%
Distribuição (C. 29H)	7,00%
Perda de Energia	2,25%
Energia Setorial	1,22%
Tributos	1,78%
Total	27,28





Endereço: Rua da Liberdade, 100 - 1º andar - Centro - Recife - PE 50000-000
Telefone: (0800) 11 99999999
Site: www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUELTADA

CLASSIFICAÇÃO

DESCRIÇÃO

VALOR

DATA

LOCAL

TIPO

STATUS

COMENTÁRIO

DATA DE VENCIMENTO

VALOR DE VENCIMENTO

DATA DE PAGAMENTO

VALOR DE PAGAMENTO

DATA DE LIQUIDACÃO

VALOR DE LIQUIDACÃO

DATA DE CANCELAMENTO

VALOR DE CANCELAMENTO

DATA DE EXPIRAÇÃO

VALOR DE EXPIRAÇÃO

DATA DE RESCISÃO

VALOR DE RESCISÃO

DATA DE ENCERRAMENTO

VALOR DE ENCERRAMENTO

DATA DE FIM DO CONTRATO

VALOR DE FIM DO CONTRATO

1219484604

1219484604



CPF: 012.078.123-45

DATA: 15/11/2020

HORA: 16:09:02

LOCAL: RECIFE

STATUS: ATIVO

TIPO: CONTRATO

VALOR: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/11/2021

VALOR DE VENCIMENTO: R\$ 1.000,00

DATA DE PAGAMENTO: 15/11/2020

VALOR DE PAGAMENTO: R\$ 1.000,00

DATA DE LIQUIDACÃO: 15/11/2020

VALOR DE LIQUIDACÃO: R\$ 1.000,00

DATA DE CANCELAMENTO: 15/11/2020

VALOR DE CANCELAMENTO: R\$ 1.000,00

DATA DE EXPIRAÇÃO: 15/11/2020

VALOR DE EXPIRAÇÃO: R\$ 1.000,00

DATA DE RESCISÃO: 15/11/2020

VALOR DE RESCISÃO: R\$ 1.000,00

DATA DE ENCERRAMENTO: 15/11/2020

VALOR DE ENCERRAMENTO: R\$ 1.000,00

DATA DE FIM DO CONTRATO: 15/11/2020

VALOR DE FIM DO CONTRATO: R\$ 1.000,00



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 771206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERREIRAS inscrito (a) no CPF 574940534 / GP, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEONILDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.754.194.12, do sinistro de DPVAT cobertura ILVA LIDER da Vitima LEONILDO FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.754.194.12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Eu Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

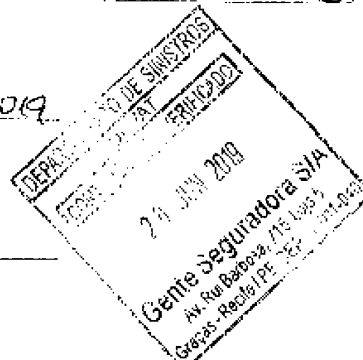
Endereço		Número	Controlemento
<u>RUA JOAO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CUP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>58750000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>ayseguros1994@yahoo.com.br</u>	<u>(81) 96650454</u>		<u>(81) 81335022</u>

SURUBIM, 31 de MAIO de 2019.

Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante



DECLAR 001 0001/2017



0219097/19

TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 22 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190403230

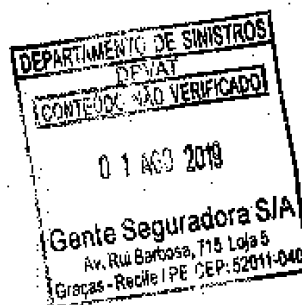
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 16/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA CRF 230 F, chassi 9C2ME0931DR306376, não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Lenivaldo Ferreira da Silva
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA
VITIMA/BENEFICIARIA



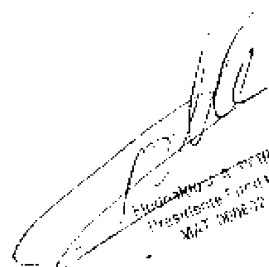
**FUNDATA**

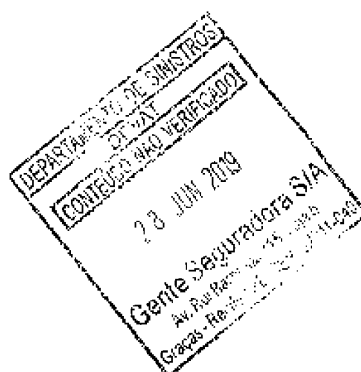
Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva**, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Presidente Fundação
MAT. 000032



Rodovia PE -130. Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192
E-mail: fundata@hotmail.com



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE

HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. Nº: 44.029

DATA: 16/09/19

HORA: 14:23

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

CNS

Categoria: Sus

Nome: Genivaldo Ferreira da Silva

Sexo: M Idade: Cor: P Estado Civil:

Naturalidade: PE Data de Nascimento 08 / 04 / 82

Endereço: St. Rufina

Procedência: Log. do Norte

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: Parentesco:

Endereço:

Trazido por:

Endereço:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: / / Hora:

Natureza do Acidente: ☐ Casual ☐ Queda ☐ Acid. no Trabalho ☐ Acid. no Trânsito ☐ Intoxicação
☐ Agressão ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Outras Causas

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial

MX

MM

Pulso

BPM

Temperatura °C

Peso

Queixa Principal e HDA

Sinixas de queda de motocicleta
de frente trilha com dificuldade no
marcha e dor em joelho esquerdo.

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica

Acidente de motocicleta

Dra. Katia Maria Prazin
Médica



Anotações Complementares:

Conduta:

Imobilizar com faixa de crepe do joelho esquerdo

16.04 Voltar a sup - camp intra-plâtes

16.04 RX do joelho esquerdo.

Dra. Natália Maria Prazin
Clínica Médica
Ginecologia e Obstetrícia
CRM-RS 75936
Médico (C.R.M.)

CONDIÇÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Atig.

Curado ☐
Melhorado ☐
Internado ☐
Piorado ☐
Óbito ☐

Óbito em:
Hora:
+ 48 Horas ☐
- 48 Horas ☐

Motivo: ☐ Decisão Médica
☐ Alta Pediátrica
☐ Transferência
☐ Indisciplina

Transferido Para:

HRA - 5642155 -

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em região posterior do joelho esquerdo

Referimento:

Diagnóstico Anátomo-Pathológico:

Natália Maria Prazin





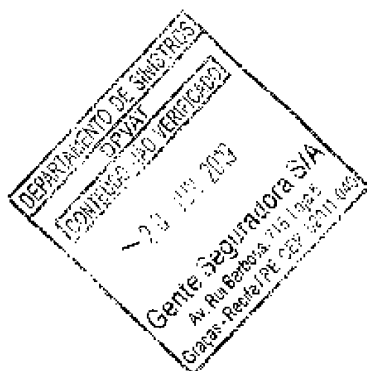
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Enormous amount

E novamente a primeira
 imagem do campo de
 arroz, apanha do
 o motorista e a bella
 apanhando a bela
 desta e a primeira e a
 primeira do primeiro e a
 apanhando a bela
 apanhando a bela

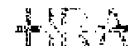
16103/009

RECEITUÁRIO MÉDICO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) Lenivaldo Ferreira da Silva , Esteve Interno Nesta Unidade de Saúde no dia 16/03/2019 e assinou termo de responsabilidade em 17/03/2019. Registro Hospitalar: ,335363

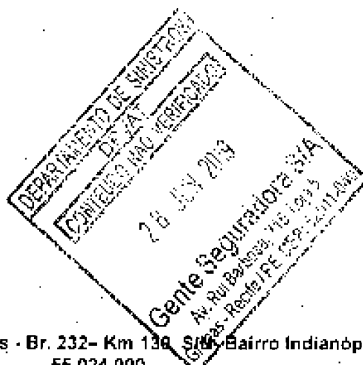
OBS:..Vitima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 13 de Maio de 2019

09.794.975/0000
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

Setor de arquivo(same)



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130, Sítio, Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP 55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: FENIVALDO FERREIRA DA SILVA		Atendimento: 492755	Prontuário: 335363
Data Nas: 08/04/1982	Idade: 36	Sexo: MASCULINO	Cor: PARD
CPF: 055/80000	RG: 89104769		Religião:
Endereço: SÍTIO RETIRO		CNS: 703003861757970	
Bairro: ZONA RURAL			Nº: 0
Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE			Estado: PE
CEP: 55780000		Profissão:	
Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA			
Acompanhante:			
Motivo do Atendimento: AT1 COM MO-OCULETA			
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

2. ATENCIÓN:

Data: 16/03/2019 19:25

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Sujeito Principal / HDA:

Pointe interne de sculpture motoculata
et des en Zeller Eins.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Calvin & Antoinette de Mervin

Diag. Provisorio

Fr Hoffa er not

Prescrição:

Diet:

• ၂၀၁၆

Horário

O. T. Tarristo

⑤ Take ~~one~~ post-lunch in 1966

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
EDUCAÇÃO
CONTEÚDO E AVALIAÇÃO
23 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 116 - 5º
Bairro: Teffé - Porto Alegre - RS

Dr. Luigi Paolo Freire
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-DE-22412 TEOP 1542

File 2



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames	

Termo de Responsabilidade de Alta e 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: _____	RG: _____	
Endereço: _____	Tel.: _____	
Data: _____	 Assinatura	

Autorização de Procedimento		☐ Paciente ☐ Familiar
Nome: _____	RG: _____	
Endereço: _____	Tel.: _____	
Procedimento: _____		
 Assinatura		

Diag. Definitivo: _____

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

Condição de Alta	
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito	
Data: ____/____/____	Hora: ____:____ Médico: _____ CRM: _____

10/03/2019 10:20:05
2 de 2

Usuário do Atendimento
DIEGOJLV



144A = 5642 155 = 5642A =



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

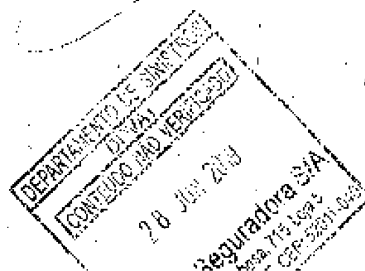
Encaminhamento

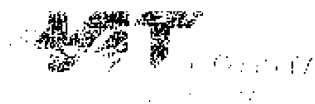
Encaminhar o paciente
Lúcio Cito Rangel do Espírito
Santo, após queda
de motocicleta, com fratura
de fratura da tíbia
representando fratura
distal da tíbia, com região
posterior de fratura rasgada.
Sem outros lesões.
Cita R. —

Hospital Fundata
161031079

Dr. Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 161031079

RECEITUÁRIO MÉDICO





NOTA DE SALA

05/12/19

Ata da reunião realizada em 05/12/2019, às 14h30min, no auditório da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP), com a presença dos membros da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) e dos representantes da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP).

Participaram:

Presidente:

Secretário:

Assistentes:

1. ABERTURA E LEITURA DO ATOS**1.1. ABERTURA E LEITURA DO ATOS****1.2. ABERTURA E LEITURA DO ATOS**

1.2.1. O Presidente da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) abriu a reunião e deu boas-vindas aos participantes. Em seguida, leu o texto do Ata da reunião realizada em 04/12/2019, às 14h30min, no auditório da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP), com a presença dos membros da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) e dos representantes da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP).

1.2.2. O Presidente da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) informou que a reunião foi realizada no auditório da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP), com a presença dos membros da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) e dos representantes da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP).

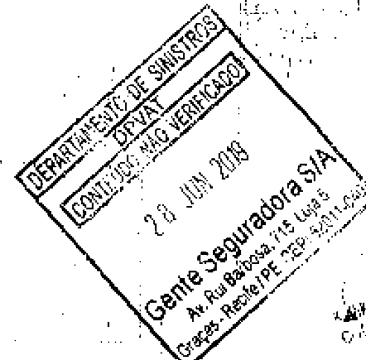
1.2.3. O Presidente da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) informou que a reunião foi realizada no auditório da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP), com a presença dos membros da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) e dos representantes da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP).

2. ABERTURA E LEITURA DO ATOS**2.1. ABERTURA E LEITURA DO ATOS****2.2. ABERTURA E LEITURA DO ATOS**

2.2.1. O Presidente da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) abriu a reunião e deu boas-vindas aos participantes. Em seguida, leu o texto do Ata da reunião realizada em 04/12/2019, às 14h30min, no auditório da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP), com a presença dos membros da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) e dos representantes da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP).

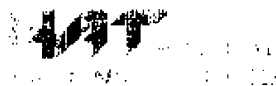
2.2.2. O Presidente da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) informou que a reunião foi realizada no auditório da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP), com a presença dos membros da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) e dos representantes da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP).

2.2.3. O Presidente da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) informou que a reunião foi realizada no auditório da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP), com a presença dos membros da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento da Obra (CAMO) e dos representantes da Companhia Saneamento de São Paulo (CSP).





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 16:09:02
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816090254000000069838248>
 Número do documento: 20111816090254000000069838248



PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

CONFLITO DE INTERESSES

CONFLITO DE INTERESSES

CONFLITO DE INTERESSES

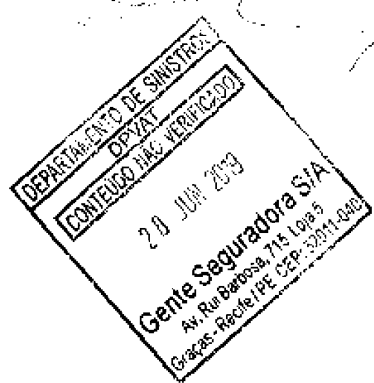
CONFLITO DE INTERESSES

CONFLITO DE INTERESSES

CONFLITO DE INTERESSES

RESOLUÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

RESOLUÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES



PRESCRIÇÃO MÉDICA

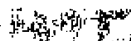
CCS-1100

ROKARIO

EDUCAÇÃO MÉDICA



PRESCRIÇÃO MÉDICA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: *Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR* Nº: *18111816090254000000069838248*
 Data: *18/11/2020*

DIAGNÓSTICO

HORÁRIO

Diagnóstico: Hipertensão Arterial

Tratamento: 1 comprimido de 2500

de 150 mg de 1 a 6 meses

de 150 mg de 6 meses a 1 ano

de 150 mg de 1 ano a 2 anos

de 150 mg de 2 anos a 3 anos

de 150 mg de 3 anos a 4 anos

de 150 mg de 4 anos a 5 anos

de 150 mg de 5 anos a 6 anos

de 150 mg de 6 anos a 7 anos

de 150 mg de 7 anos a 8 anos

de 150 mg de 8 anos a 9 anos

de 150 mg de 9 anos a 10 anos

EVOLUÇÃO

Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020

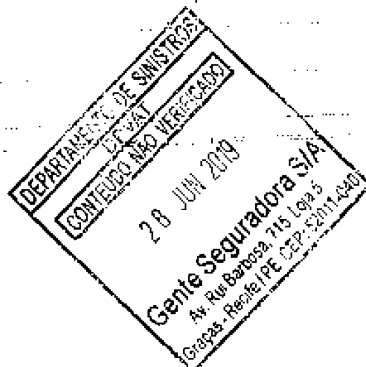
Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020

Evolution: 15/11/2020



EVOLUÇÃO DE TERMO ACORDADO

DATA:

TERMO ACORDADO

DATA:

4



1949.12

1041

2011年11月

9. $1A_1$

1. *Chlorophyll *a** and *Chlorophyll *b** were determined by the method of Arar and Collins (1971).

•

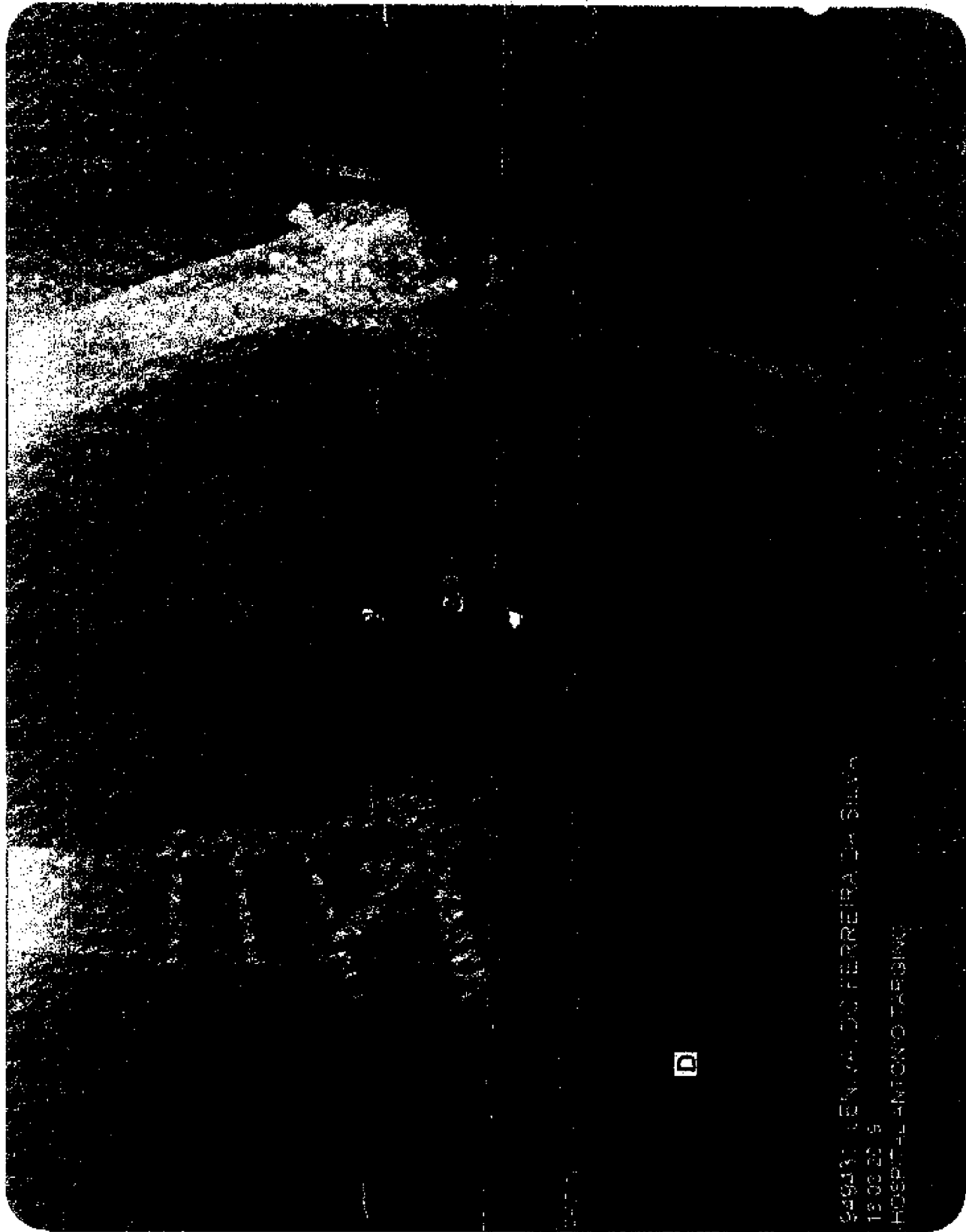
Q. How long have you been in the United States?

10/10/1944

DEPARTAMENT DE SINISTROS
OPINAT
CONTINGENT AMERICANA

23 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Gravata-Rosa/PE CEP: 55011-040





949437 GEN. GILDO FERREIRA DA SILVA
19.08.2018
HOSPT. ANTONIO TARDINO





**VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL**
1482964488



PROIBIDO PLASTIFICAR

1482964488

-NOME-

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

• DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6855949 8D8 PX

CPF

047,754,194-12

DATA MANAGEMENT

08/04/1982

FILIAÇÃO

EDIVALDO FERREIRA DA S
ILVA

MARIA DAS GRACAS VIEIRA
A DE ESPINDOLA

-PERMISSÃO

-ACC

-CAT HAE

42

N° REGISTRO

03696601110

-VALIDADE

15/07/2022

1ª HABITACÃO

29/09/2005

*** OBSERVAÇÕES****EAR**

Lamirado Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

► LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

- DATA EMISSÃO

01/08/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

81101410686

PE080224113

PERNAMBUCO





**VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL**
1482964488



PROIBIDO PLASTIFICAR

482964488

-NOME

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

• DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6855949 8D8 PX

CPF

047,754,194-12

DATA MANAGEMENT

08/04/1982

FILIAÇÃO

EDIVALDO FERREIRA DA S
ILVA

MARIA DAS GRACAS VIEIRA
A DE ESPINDOLA

-PERMISSÃO

-ACC-

-CAT PAGE

42

N° REGISTRO

03696601110

-VALIDADE

15/07/2022

1ª HABITACÃO

29/09/2005

OBSERVAÇÕES**EAR**

Lamiraldo Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

- DATA EMISSÃO

01/08/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

81101410686

PE080224113

PERNAMBUCO





Endereço: Rua da Liberdade, 100 - 1º andar - Centro - Recife - PE 50000-000
Telefone: (0800) 11 99999999
Site: www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

DESCRIÇÃO

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES

VALORES



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA LEONARDO FERREIRA DA SILVADATA DO ACIDENTE 16/02/19 CPF DA VITIMA 04775419412PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE (FOLHA DO PARANTE)

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR BLVD. JOAO BATISTANº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO LEONARDOCIDADE SILVEIUM UF PE CEP 55500000E-MAIL eduardofernandes@silveium.com.br TELEFONE (81) 98550454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPE DO IM, (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DE IM - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IM (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E REATADO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA COTA DEFINITIVA)
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPE DO IM, (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DE IM - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IM (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E REATADO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA COTA DEFINITIVA)
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSGRUPOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

FORNADORE DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

DATA

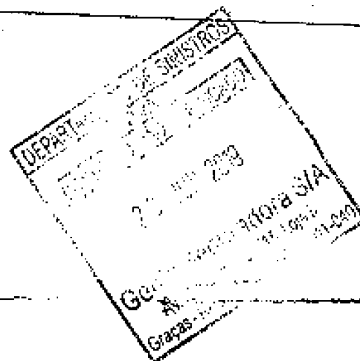
IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

DADOS COMPLEMENTARES DA NOTAS FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO		NF-e Nº: 30071 Série: 3																																																
MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUARU RUA VISCONDE DE INHAUMA, 1030 - MAURÍCIO DE NASSAU CARUARU - PE Cep:55014410 Fone: (81)2103-0800		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº: 30071 Série: 3 Folha: 1 de 1																																																
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS MERC. ADQ E/OU REC. TERC. SUJ. SUBST. TRIB.		CHAVE DE ACESSO: 2613 0602 8187 4300 0522 5500 3000 0300 7110 0030 6712 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora																																																
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 034686710		Data de emissão: 01/06/2013 10:31:41																																																
DESTINATÁRIO REMETENTE RUA MARIA FERRAZ DE BRITO, 18 TAQUARITINGA DO NORTE FONE: 8197331011		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: 02.819.743/0005-22																																																
ENDEREÇO: RUA MARIA FERRAZ DE BRITO, 18 CEP: 55790000 CIDADE: BRASÍLIA		DATA DE EMISSÃO: 01/06/2013 DATA DE ENTREGA/SAÍDA:																																																
FATURA Nº: 05103 1 15/06/2013 12:00:00		HORA DE EMISSÃO:																																																
CÁLCULO DO IMPOSTO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</td> <td>0,00</td> <td>VALOR DO ICMS</td> <td>0,00</td> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.</td> <td>0,00</td> <td>VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO</td> <td>0,00</td> <td>VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS-SERVIÇOS</td> <td>12.000,00</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO ICMS</td> <td>0,00</td> <td>VALOR DO ICMS</td> <td>0,00</td> <td>OUTROS PAGAMENTOS-SERVIÇOS</td> <td>0,00</td> <td>VALOR ICMS</td> <td>0,00</td> <td>VALOR TOTAL DA NOTA</td> <td>12.000,00</td> </tr> </table>			BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS-SERVIÇOS	12.000,00	VALOR DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	OUTROS PAGAMENTOS-SERVIÇOS	0,00	VALOR ICMS	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	12.000,00																												
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS-SERVIÇOS	12.000,00																																									
VALOR DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	OUTROS PAGAMENTOS-SERVIÇOS	0,00	VALOR ICMS	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	12.000,00																																									
TRANSPORTADOR: VOLUMES TRANSPORTADOS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>RAZÃO SOCIAL</td> <td>ENDEREÇO</td> <td>CEP</td> <td>CIDADE</td> <td>UF</td> <td>INSCRIÇÃO ESTADUAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			RAZÃO SOCIAL	ENDEREÇO	CEP	CIDADE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL																																										
RAZÃO SOCIAL	ENDEREÇO	CEP	CIDADE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL																																													
DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>QTD</th> <th>PRODUTO</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO</th> <th>NCM</th> <th>ST</th> <th>CFOP</th> <th>UN</th> <th>Qtda</th> <th>Vlr Unit</th> <th>Desc</th> <th>Vlr Total</th> <th>ICMS</th> <th>ICMS</th> <th>ICMS</th> <th>ICMS</th> <th>ICMS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>CRF 230 F</td> <td>MOTOCICLETA NOVA HONDA CAP PASS 2 NOVELO CRF 230 F ESPEC. PAS. COR. VERMELHA REVAM: 000003 CGMB GASOLINA FABRIC 2013 AND-MOD: 2013</td> <td>87112220</td> <td>00</td> <td>5406</td> <td>UN</td> <td>1,0000</td> <td>12.000,00</td> <td>0,00</td> <td>12.000,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="16"> CHASSI: 3C2ME0831CR308376 N°F0RIGEM J958328 DE 13/05/2013 MOTO: M205E-D308376 POTENCIA: 223 CC IMP: RET POR SUBST TRIBUT CF CONV ICMS 52/03 125/95 E4974 525 LEI 1487/01 PIS/COFINS COBRADO FORMA MPN 1 811-06-00 FABRICACAO NACIONAL SEM ALIENACAO FIDUCIARIA SEM RESERVA DE DOMINIO </td> </tr> </tbody> </table>			QTD	PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM	ST	CFOP	UN	Qtda	Vlr Unit	Desc	Vlr Total	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	1	CRF 230 F	MOTOCICLETA NOVA HONDA CAP PASS 2 NOVELO CRF 230 F ESPEC. PAS. COR. VERMELHA REVAM: 000003 CGMB GASOLINA FABRIC 2013 AND-MOD: 2013	87112220	00	5406	UN	1,0000	12.000,00	0,00	12.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	CHASSI: 3C2ME0831CR308376 N°F0RIGEM J958328 DE 13/05/2013 MOTO: M205E-D308376 POTENCIA: 223 CC IMP: RET POR SUBST TRIBUT CF CONV ICMS 52/03 125/95 E4974 525 LEI 1487/01 PIS/COFINS COBRADO FORMA MPN 1 811-06-00 FABRICACAO NACIONAL SEM ALIENACAO FIDUCIARIA SEM RESERVA DE DOMINIO															
QTD	PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM	ST	CFOP	UN	Qtda	Vlr Unit	Desc	Vlr Total	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS																																			
1	CRF 230 F	MOTOCICLETA NOVA HONDA CAP PASS 2 NOVELO CRF 230 F ESPEC. PAS. COR. VERMELHA REVAM: 000003 CGMB GASOLINA FABRIC 2013 AND-MOD: 2013	87112220	00	5406	UN	1,0000	12.000,00	0,00	12.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																																			
CHASSI: 3C2ME0831CR308376 N°F0RIGEM J958328 DE 13/05/2013 MOTO: M205E-D308376 POTENCIA: 223 CC IMP: RET POR SUBST TRIBUT CF CONV ICMS 52/03 125/95 E4974 525 LEI 1487/01 PIS/COFINS COBRADO FORMA MPN 1 811-06-00 FABRICACAO NACIONAL SEM ALIENACAO FIDUCIARIA SEM RESERVA DE DOMINIO																																																		



CÁLCULO DO ISSQN INSCRIÇÃO MUNICIPAL:		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS:
DADOS ADICIONAIS MDS: Forma de Pagamento: A Prazo - Duplicata Carteira R\$12.000,00 7 Dias - RG 9149183 - TPC-Tnk RG 8149188-SDSPE - VENDEDOR: PV Taquaritinga - Magda - OPLR COM SUBST. TRIBUT. CF CONV. 52/03 125/95 ART. 33 DO 1893/07 PB PIS/COFINS COBRADO NA FORMA DA MPN 1 811-06-00		RESERVA DO FISCO:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403230

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 16/02/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 13,18
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

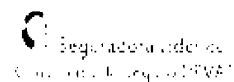
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 047.754.194-12

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA : 047.754.194-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

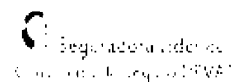
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19

Número do Sinistro: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 047.754.194-12

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/08/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

