



05/08/2020

Número: **0023484-12.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALVES DE SALES (AUTOR)			RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65841262	05/08/2020 14:30	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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122168

Vítima: JOSE ALVES DE SALES

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALVES DE SALES

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 15648871





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, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122168

Vítima: JOSE ALVES DE SALES

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES DE SALES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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: JOSE ALVES DE SALES

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000029106-4

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.





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, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200122168

Vítima: JOSE ALVES DE SALES

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALVES DE SALES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00703/00704 - carta_09 - INVALIDEZ

00040352



Carta nº 15702093



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
17.882.864-64 JOSÉ ALVES DE SALES

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

5 - Nome completo: JOSÉ ALVES DE SALES 6 - CPF: 117.882.864-64
7 - Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO 8 - Endereço: LO VOVO TETINHA 9 - Número: 01 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO SEBASTIÃO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9.9700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 29106 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 13 DE MARÇO DE 2020.

x JOSÉ ALVES DE SALES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0216000025**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/02/2020** às
09:05

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **14/12/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1,
RODOVIA** - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **CURVA NA CHEGADA DA CIDADE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ ALVES DE SALES (2) (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ ALVES DE SALES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **JOSÉ ALVES DE SALES**

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

**JOSÉ ALVES DE SALES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
ALVES DE SALES Pai: ANTONIO ELIAS DE SALES Data de Nascimento: 27/3/1988
Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 4887374/585/PE (RG),
11788286464 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefones Celulares:
- 81981296028**

**JOSÉ ALVES DE SALES (2) (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA PLACA NXW7079 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ
ALVES DE SALES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALVES DE SALES
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXW7079** (PERNAMBUCO/VERTENTE DO LERIO) Renavam: **231743468** Chassi:

27/02/2020 09:04



9C2KC1550AR169208

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: GASOLINA Seguro/Apolice: 814667111077

Complemento / Observação

JOSÉ ALVES DE SALES COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE NO DIA 16/12/2019, POR VOLTA DAS 21:30, ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FANESI, PRETA, DE PLACA NXW7079, NA RODOVIA QUE LIGA VERTENTE DO LÉRIO AO MUNICÍPIO DE SURUBIM, NA CHEGADA DE VERTENTE DO LÉRIO, PRÓXIMO À PRAÇA DA ACADEMIA DAS CIDADES, COLIDIU COM UM TOYOTA PICAPE QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, OCASIONANDO AS LESÕES DESCRITAS NA DECLARAÇÃO ANEXA A ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, EMITIDA PELO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA, CARUARU/PE, PARA ONDE FOI SOCORRIDO. O CONDUTOR DO VEÍCULO TOYOTA PICAPE NÃO FOI LESIONADO. DIANTE DISTO, VEIO COMUNICAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT.

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

JOSÉ ALVES DE SALES
(VITIMA)

JOSÉ ALVES DE SALES

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE MOURA JUNIOR - Matrícula: 3875270



27/02/2020 09:04



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
17.882.864-64 JOSÉ ALVES DE SALES

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

5 - Nome completo: JOSÉ ALVES DE SALES 6 - CPF: 117.882.864-64
7 - Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO 8 - Endereço: LO VOVO TETINHA 9 - Número: 01 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO SEBASTIÃO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9.9700-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 29106 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 13 DE MARÇO DE 2020.

x JOSÉ ALVES DE SALES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE

Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que JOSE ALVES DE SALES deu entrada neste serviço no dia 14/12/2019, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 28 de fevereiro de 2020.


Adriana Olivia Cabral
Funcionaria Encarregada



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	6.412,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES DE SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000029106-4

Nr. da Autenticação 4875AF8652B9BE8A





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUCIVANIA ALVES SALES DO CANTO

CPF: 107.688.144-06

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

L.O. VÓVO TETINHA 1

SAO SEBASTIAO/SURUBIM
SURUBIM-PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA/CONTRATO	RESÍDUO
7031008330	02/2020
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA PROXIMA
14/02/2020	10/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	99,87

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	PERÍODO
088080038	UNICA	08/02/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/02/2020	201688508	6707023

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	117,0000000	0,42187891	49,33
Consumo Ativo(kWh)-TE	117,0000000	0,35484951	41,48
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,58
Contrib. Ium. Pública Municipal			6,84
ICMS Subvenção-CDE-MF 088234443-14/12/19			0,63

TOTAL DA FATURA

99,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
215134248	CAT	11/01/2020	4.585,00	08/02/2020	4.672,00	28	1,00000		117,00

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
FEV 20 117		Duração de Energia R\$ 29,37 25,01%
JAN 20 93		Transmissão R\$ 3,44 3,72%
DEZ 19 140	ICMS 82,40 25,00%	Distribuição (Cargas) R\$ 32,89 32,81%
NOV 19 138	PIS 82,40 0,75%	Perdas de Energia R\$ 6,58 6,52%
OUT 19 117	COFINS 82,40 3,48%	Energia Setorial R\$ 4,31 4,31%
SET 19 116		Tributos R\$ 27,01 29,22%
AGO 19 124		Total R\$ 91,46 100%
JUL 19 124		
JUN 19 124		
MAY 19 120		
ABR 19 120		
MAR 19 118		
FEV 19 47		

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE

TARIFAS APLICADAS
0,42187891
0,35484951

RESUMO AO FISCAL
EETD OFSC-TELCORR-ETD-2LCB-ETD-OSDT

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na presente nota fiscal, a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) informa que, de acordo com o Decreto Estadual nº 4581/13, o cliente é responsável quanto ao valor da contribuição individual do seu nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (dois por cento) e juros 1 (um por cento) ao mês (0,50% ao mês) e atualização monetária pelo índice IGP-M. O cliente é responsável quanto ao pagamento do preço devido para os pontos de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento, Remuneração, Preços, Tarifas, Normas, Procedimentos, Serviços e Condições de Uso estão disponíveis no site: www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
SUBSISTENTE	ÍNDICE DE AVERSIÃO	LIMITE MENOR	LIMITE MAIOR	LIMITE ABSOLUTO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
BAC	0,00	0,83	11,10	22,31	220	200 - 240
FGC	0,00	3,38	8,72	13,45		
DNOC	0,00	3,30	6,00	0,00		

Limite DCR: 12,22 EETD - Valor do Fator de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 34,81





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF 045.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 370

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
001269603	URCA	07/01/2020
IMPRESSÃO	Nº DO SUBST	Nº DA SUBST
07/01/2020	201116908	375308

DATA CONTADOR	DATA
7005749888	01/2020
14/01/2020	04/02/2020
83,80	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abco(WWh)-TUSD	99,0000000	0,42856192	42,22
Consumo Abco(WWh)-TE	99,0000000	0,35975625	35,51
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,49
ICMS Subvenção-CDE-NF 076728697-07/10/19			0,70

TOTAL DA FATURA

83,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
K07884	CAT	06-12-2019	26.457,00	07-01-2020	26.599,00	28	1,00000		99,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)
JAN 20 98	
FEV 19 118	
MAR 19 162	
ABR 19 138	
MAY 19 91	
JUN 19 113	
JUL 19 113	
AUG 19 113	
SET 19 113	
OCT 19 113	
NOV 19 113	
DEZ 19 113	
JAN 20 113	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	75,01	25,00
PIB	75,01	0,00
CCFMS	75,01	4,15

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,02	30,9%
Transmissão	2,09	2,5%
Distribuição (Cabo)	17,37	20,7%
Perdas de Energia	5,47	6,5%
Encargos Setoriais	4,08	4,9%
Tributação	23,91	28,5%
Total	78,96	94,3%

TAXAS APLICADAS

Consumo Abco(WWh)-TUSD 0,2800000

Consumo Abco(WWh)-TE 0,25975625

AA02 B1E7 A357 B373 FCCC B0B8 091A 0642

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no período mais próximo possível da data de vencimento, em moeda corrente, para evitar juros e encargos. A falta de pagamento no prazo de vencimento acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em perfeito estado de conservação e funcionamento. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em perfeito estado de conservação e funcionamento. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em perfeito estado de conservação e funcionamento.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica, bem como as condições de uso e conservação do sistema de medição, estão disponíveis no site da CELPE, em português e inglês.

VARIAÇÃO E PREVISÃO DAS OPORTUNIDADES

CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MINIMAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SURUBIM	144,2019	0,00	8,85	11,18
PIB	0,00	0,00	3,36	8,72
DEB	0,00	0,00	3,36	8,72

SÍMBOLO DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

Limite DCE 12,22

BUSD - Valor de Referência de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 28,53



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 221206 (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/BIBLIOTECABWEB/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 penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ ALVES DE SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.882.864/64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ ALVES DE SALES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.882.864/64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(81)9.9700-1998</u>		Telefone celular (DDD) <u>(81)9.9161-3907</u>	

SURUBIM, 13 de MARÇO de 2020

Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE

Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que JOSE ALVES DE SALES deu entrada neste serviço no dia 14/12/2019, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 28 de fevereiro de 2020.


Adriana Olivia Cabral
Funcionaria Encarregada



HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 119/206449 Data: 14/12/2019 22:35
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: CAMILO ABEL LOBO BARBOSA

Recep: WILSON
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Cartão SUS: 160532914990001

Registro: 142829
Paciente: JOSE ALVES DE SALES
Nascimento: 27/03/1995 - Idade: 24 anos
Endereço: SÍTIO JARDIM
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO
Pai: ANTONIO ELIAS DE SALES
Mãe: MARIA ALVES DE SALES
Est. Civil:

Prontuário: 142829
Cor: Parda
Sexo: Masculino
C.P.F.:
Cep: 55750-000 Identidade: /
UF: PE Telefone:
G. instrução:
Naturalidade: SURUBIM-PE

OBS:

Anamense e Exame Sumário:

PA: 160780 RE: 78
História de acidente motor de alto impacto
colisão moto - carro h. tr. transmiss. /
desacel. + trauma em MMII e membros
e possível fratura exposta Tibia D.

Exames Complementares:

ExB COT e punho, curado de H e C
Mun. 44581RA SP0299X

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

Transfusão sanguínea e curativo do
ferimento de 1º grau.

Reavaliação:

Materiais Usados:

Presc: H. Agnelli
Sociedade 5837933

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Camilo Lobo
CRMPE 22528



DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) José Alves da Silva*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 15/12/2019 a
15/012020*

Registro: 350962

*Diagnostico: Fratura de Rádio Distal Esquerdo + Fratura de Tíbia Direita +
Fratura de Maléolo Medial Direito*

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82 + S52.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 16 de Janeiro de 2020

109.736.0510269-27
HUSAM - Hospital Regional do Agreste de Pernambuco
R. Dr. José de Aguiar, 170
Bairro: Indianópolis - CEP: 55.024-000
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº

Clinica:

Enfermia:

Wm
Acidente de moto
em 14/12/2019 - Sr.
Frat. exp. perna.)
Frat. torçao D)
Frat. pulso E
Cirurgia
ver exames e
prontuário
Sol. Med. de
direito

Data:

2094

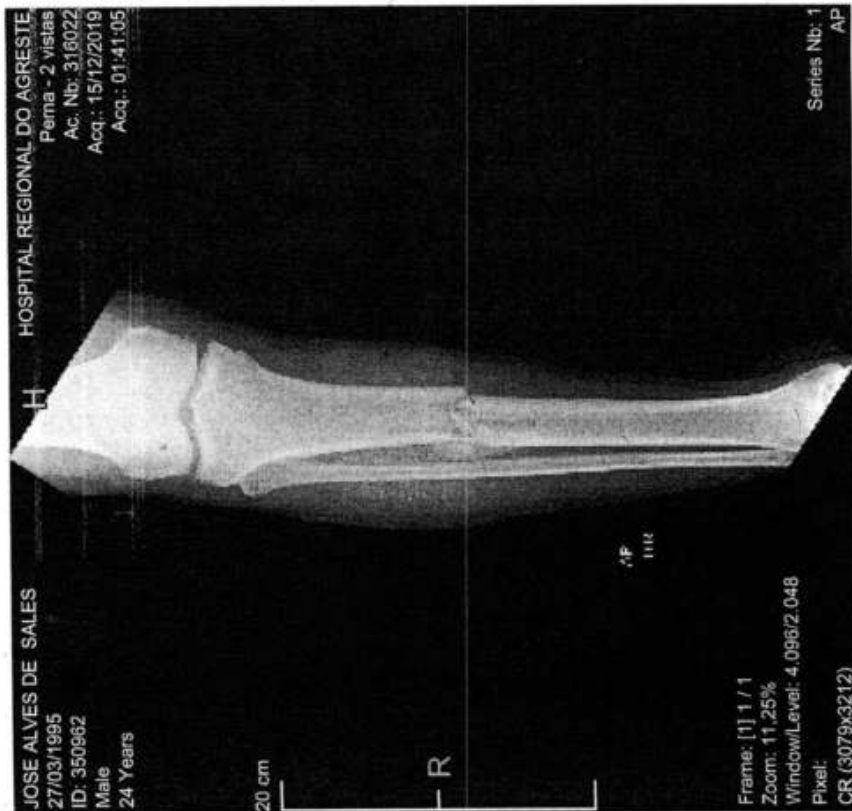
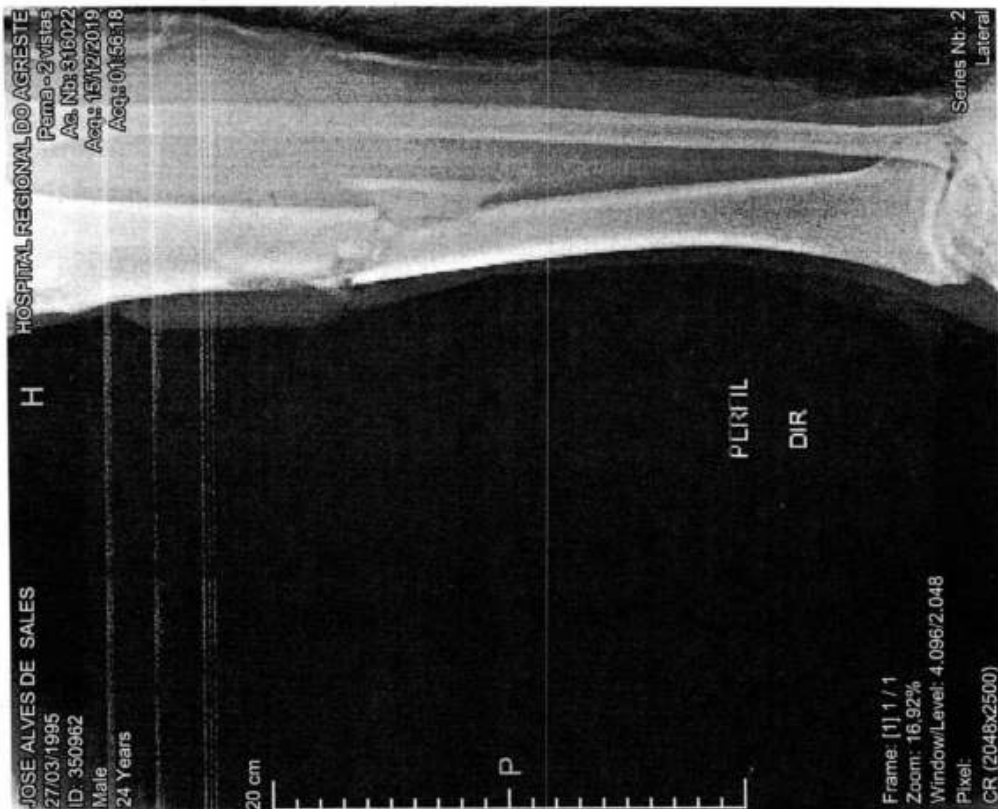
Nilton Pereira de Barros
Ortopédia e Traumatologia
CRM: 10000
Médico - GRM

O primeiro Clonix é uma passagem para o vício
Eliete Monteiro de Souza

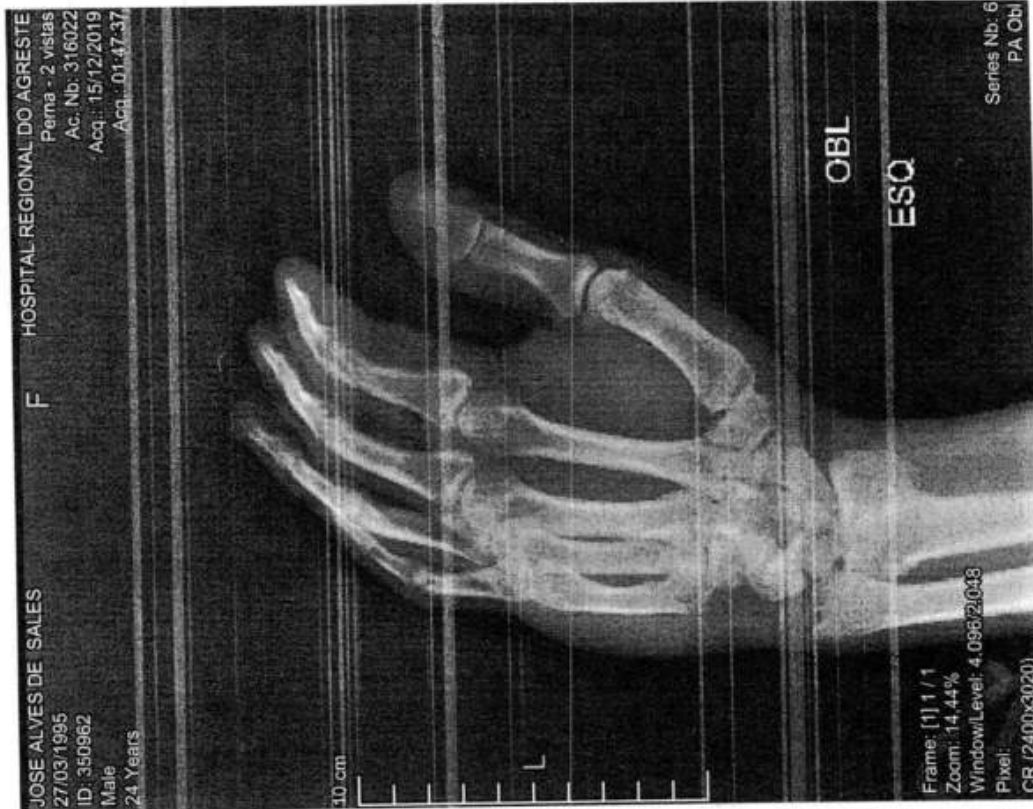
1º Lugar

2º Concurso 69

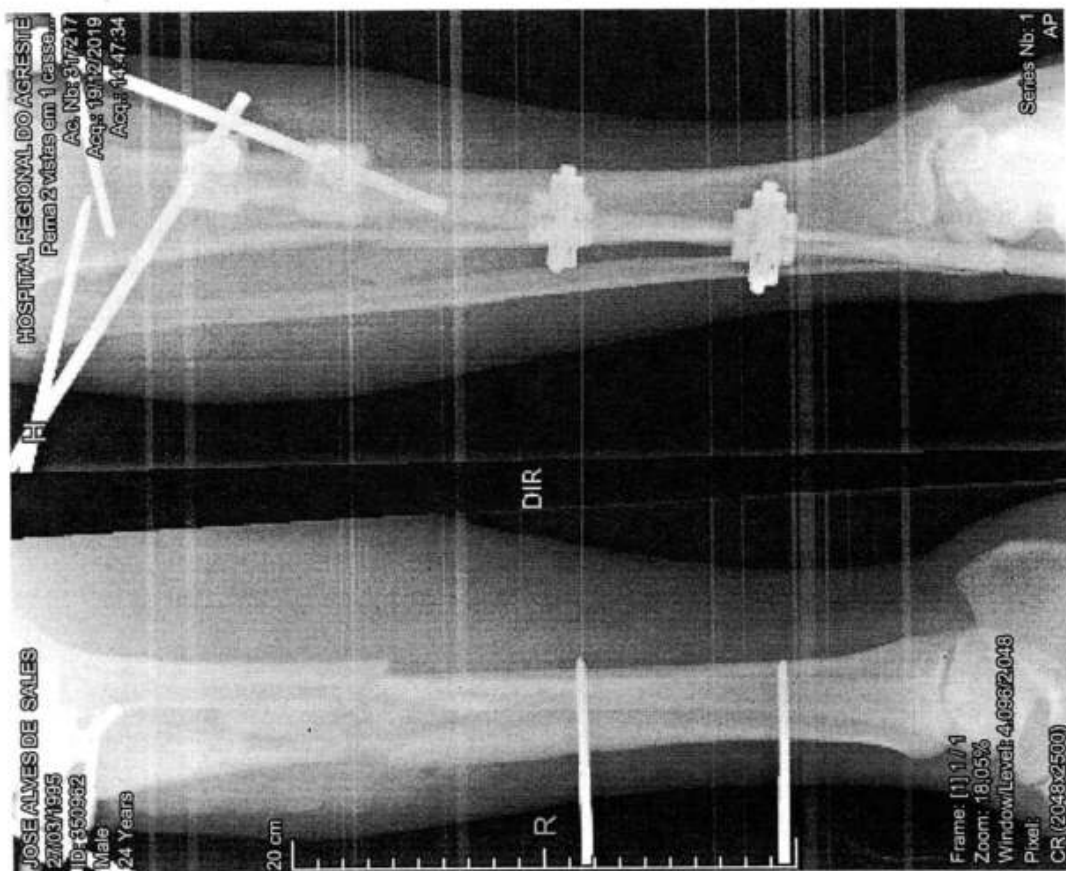


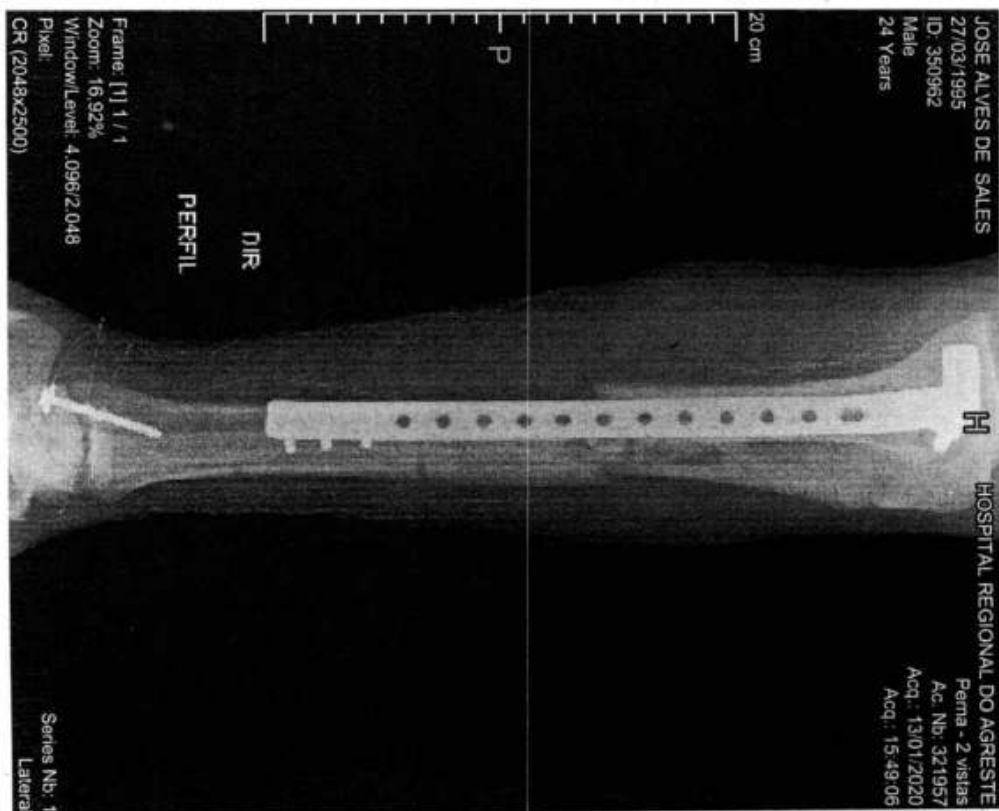
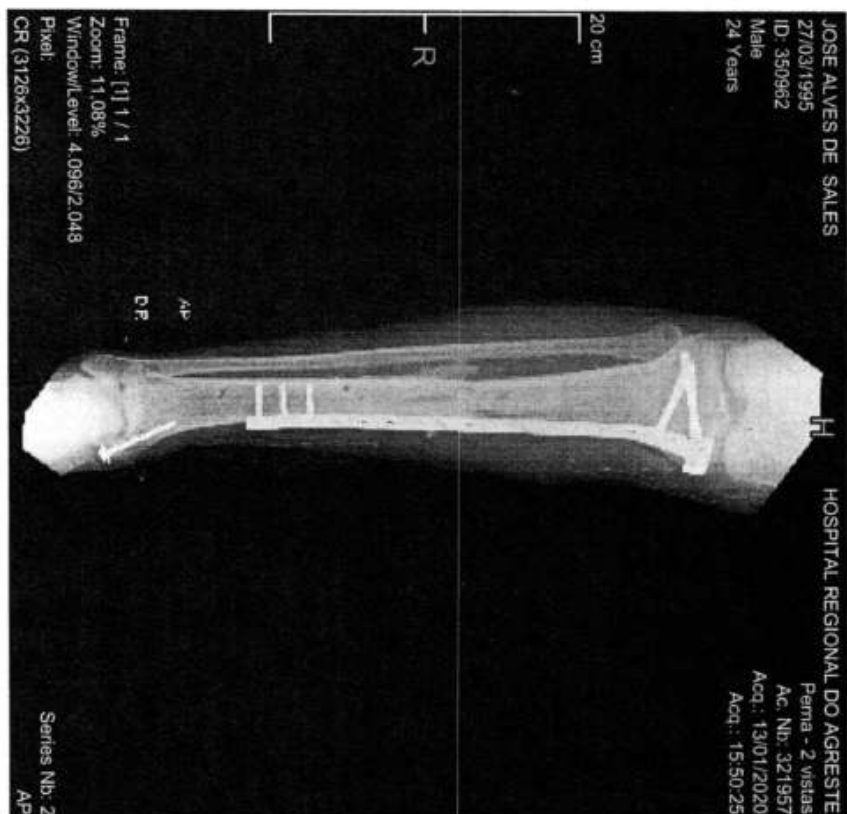


L49











SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE – HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE ALVES DA SILVA DE SALES

PRONTUÁRIO: 350962

DATA DE ENTRADA: 15/12/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

AMBULATÓRIO DE EGRESSO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA COM 15 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR. ORIENTAÇÕES DADAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE.

TRATAMENTO REALIZADO: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

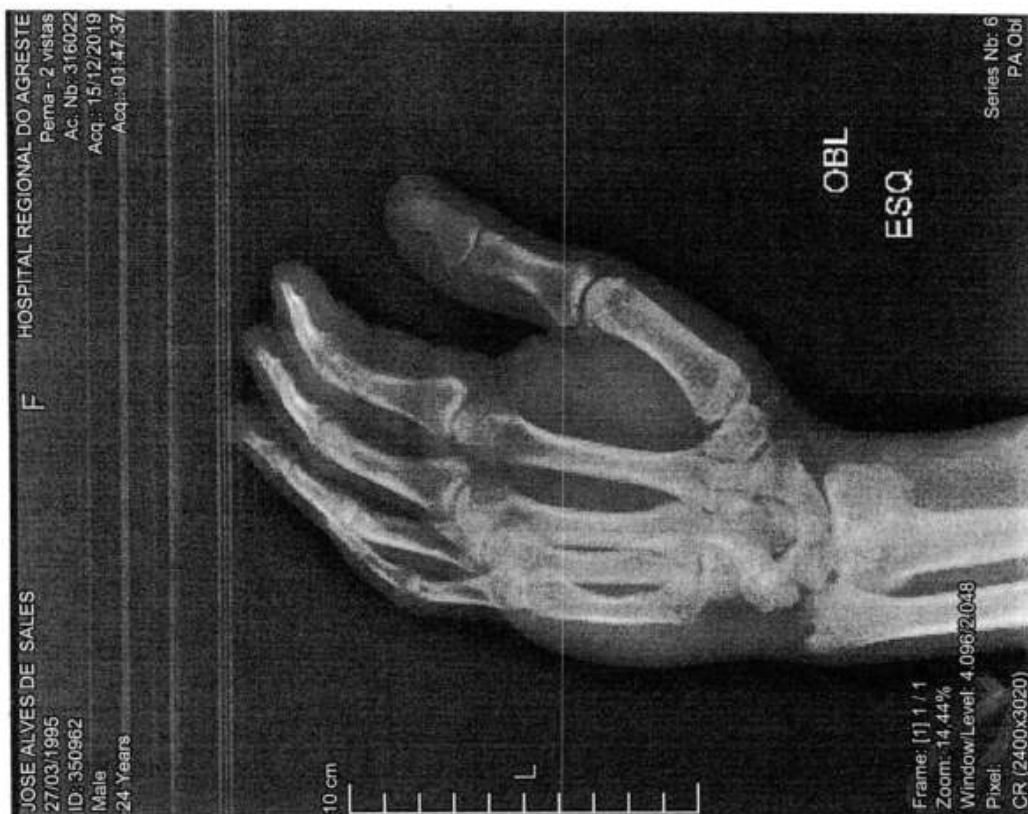
ALTA HOSPITALAR: 15/01/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dr. Sérgio Ladeira
Médico Residente de
Ortopedia / Traumatologia
CRM 26199

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE

















REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRAS NACIONAIS DE IDENTIFICAÇÃO

UF: PE

NOME: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **4810389 SSP PE**

CPF: **945.234.444-04** DATA NASCIMENTO: **26/07/1974**

FILIAÇÃO: **JOSE GOMES DE MOURA**
ISMAETE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO: **PROFISSIONAL** ACC: **PROFISSIONAL** CAT. HAB: **B**

Nº REGISTRO: **02378605879** VALIDADE: **08/04/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **17/06/2002**

OBSERVAÇÕES:

Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **SURUBIM - PE** DATA EMISSÃO: **10/04/2017**

Adriana Moura Sousa Ribeiro
Diretora, Pernambuco
ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000
PE078665372

PERNAMBUCO

1421884961

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR



MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014667111077
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 231743408 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE ALVES DE SALES

VERT. DO LERIO-PE

CPF/CNPJ 117.882.864-64 PLACA NXW7079

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2KC1550AR169808

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA UNICA 1 *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 07/01/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

LOCAL VERT. DO LERIO-PE DATA 11/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014667111077 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ALVES DE SALES

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VERT. DO LERIO-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/04/19

VIA 1 CPF / CNPJ 117.882.864-64 PLACA NXW7079

RENAVAM 231743408 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2010 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC1550AR169808

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENAT/TRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 07/01/19

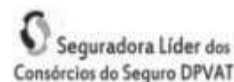
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096730/20

Vítima: JOSE ALVES DE SALES

Data do acidente: 14/12/2019

CPF: 117.882.864-64

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ALVES DE SALES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE ALVES DE SALES : 117.882.864-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-022-8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06
Canal de Denúncia: 0800-591-2563 | Ouvidoria: 0800-021-91-35

Número do pedido DPVAT: 32.001.221.68 Data da solicitação: 07/04/2020
Nome do beneficiário: JOSE ALVES DE SALES CPF do beneficiário: 117.882.864-64
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: DOC 3 IMAGEM (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SURUBIM, 07/04/2020
Local e Data
JOSE ALVES DE SALES
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122168 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE SALES **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA AS FRATURAS. PG. 7,8,9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	47,5 %	R\$ 6.412,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122168 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE SALES **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA AS FRATURAS. PG. 7,8,9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E
MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122168 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE SALES **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA AS FRATURAS. PG. 7,8,9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E
MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122168 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES DE SALES **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA AS FRATURAS. PG. 7,8,9.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO E MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	47,5 %	R\$ 6.412,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE ALVES DE SALES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AUXILIAR DE PRODUÇÃO
IDENTIDADE: 4.087.374 SDS/PB CPF: 117.882.864-64
DATA DO ACIDENTE: 14/12/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE ALVES DE SALES
ENDEREÇO: LO VOVO TETINHA Nº01, SÃO SEBASTIÃO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.



SURUBIM- PE 27 DE FEVEREIRO 2020

Jose Alves de Sales

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096730/20

Vítima: JOSE ALVES DE SALES

Data do acidente: 14/12/2019

CPF: 117.882.864-64

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ALVES DE SALES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE ALVES DE SALES : 117.882.864-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096730/20

Número do Sinistro: 3200122168

Vítima: JOSE ALVES DE SALES

Data do acidente: 14/12/2019

CPF: 117.882.864-64

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ALVES DE SALES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

