
Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146417

Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUAREZ BENICIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146417

Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUAREZ BENICIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **JUAREZ BENICIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000002530-5**

Conta: **000001003401-9**

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:

☐ DANI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AIL:

3 - CPF da vítima:

027.298.894-42

4 - Nome completo da vítima:

Juaniz Benício da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2013

5 - Nome completo:

Juaniz Benício da Silva

6 - CPF:

027.298.894-42

7 - Profissão:

sem

8 - Endereço:

R. P

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

N/A Aparecida

12 - Cidade:

Aguares

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

181 995768288

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:

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2530

5

CONTA:

1003401

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Div.)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau do 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 (além de sexo)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

☐ 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 -

Assinatura digital da vítima ou beneficiário

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: Aguares 09/12/19

Assinatura de Juaniz Benício da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Autoatendimento
DEPOSITO EM CONTA-POUPANÇA

Banco: 237 Agencia: 2530-5
Data: 10/10/2019 Hora: 11:58 N.Trans: 002424

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 2530-5
Conta: 1003401-9

Titular: JUAREZ BENICIO DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Tipo(s) de cobertura:

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do documento (PC):

3 - CPF do vítima:

027.298.094-42

4 - Nome completo da vítima:

João Benício da Silva

5 - DADOS DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/PRESENCIAL/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2013

6 - Nome (e sobrenome):

João Benício da Silva

6 - CPF:

027.298.094-42

7 - Endereço:

Av. ...

8 - Referência:

R. P.

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

... de ...

12 - Cidade:

Brejoz

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55660-000

15 - Cód.:

1811995368288

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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:

☒ RECLAMAR INFORMAÇÃO

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Deposito para poupança, não há prazo de resgate)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

230

5

CONTA:

1003401

9

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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.

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 do 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 nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Esteu ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua 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 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Brejoz 09/12/19
João Benício da Silva

42 - Assinatura: Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Autoatendimento
DEPOSITO EM CONTA-POUPANÇA

Banco: 237 Agencia: 2530-5
Data: 10/10/2019 Hora: 11:58 N.Trans: 002424

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 2530-5
Conta: 1003401-9

Titular: JUAREZ BENICIO DA SILVA

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:

027.298.894-42

4 - Nome completo da vítima:

Juanes Benicio da Silva

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

5 - Nome completo:

Juanes Benicio da Silva

6 - CPF:

027.298.894-42

7 - Profissão:

recluso

8 - Endereço:

R. P

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NSA Aparecida

12 - Cidade:

Belenos

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55660-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 995768-288

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2530

5

CONTA:

1003401

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (val nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

(Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a 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,

Belenos 09/04/2020

Juanes Benicio da Silva

(Assinatura do titular/beneficiário (declarante))

42 - Assinatura Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181002075**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2019** às **11:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/8/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA MAJOR APRIGIO DA FONSECA, 01, AVENIDA MAJOR APRIGIO DA FONSECA, VIA LOCAL DA BR 232 - Bairro: SAO SEBASTIAO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JUAREZ BENICIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JUAREZ BENICIO DA SILVA

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

JUAREZ BENICIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANBROZINA BENICIO DA SILVA Pai: ELIAS FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 8/9/1964 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2704547/SSP/PE (RG) 02729889442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAB, 50, RUA P. LOTEAMENTO NOSSA SENHORA APARECIDA/ COHAB - CEP: 0 - Bairro: COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JUAREZ BENICIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV8821** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **785564448** Chassi: **9C2JA0420BR069527**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETARIO: LINDALVA LINS DE BARROS**

Complemento / Observação

O SENHOR JUAREZ BENICIO DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOU A DECLARAR

QUE NA DATA ACIMA DESCRITA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA VIA LOCAL DA BR 232, QUANDO NAS PROXIMIDADES DE ANDRE LAJES, UMA OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO ANOTADA, CONDUZIDA POR ALGUÉM DESCONHECIDO, O QUAL COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VITIMA, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO AS MARGENS DA VIA; QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO TAMBÉM CAIU AO CHÃO, E APOS SE LEVANTAR O MESMO SE EVADIU DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, A VITIMA FICOU CAIDO AO CHÃO, ONDE AGUARDOU SOCORRO MEDICO, SENDO ESTE SOCORRIDO PELO SAMU EM SEGUIDA LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS CONFORME CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE Nº 955.643, NADA MAIS DIGNO A REGISTRAR.

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


JUAREZ BENICIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

027.298.094-42

4 - Nome completo da vítima:

Juaniz Benício da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 346/2013

5 - Nome completo:

Juaniz Benício da Silva

6 - CPF:

027.298.094-42

7 - Profissão:

MECANICO

8 - Endereço:

R. P

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

N.S.A. Aparecida

12 - Cidade:

Boquim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55060-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(31) 995768288

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\$1.000,00 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 beneficiários ativos. Assine o nome (após))

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2530

5

CONTA:

1003401

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (filho(a))?

☐ 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 cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boquim 09/12/19

Juaniz Benício da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	JUAREZ BENICIO DA SILVA
----------	-------------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	02530-5
----------	---------

CONTA:	000001003401-9
--------	----------------

Nr. Autenticação

BRABESCO200420200500000000002370253000000100340194500 PAGO



AVENIDA CECILIA CAMARGO - 1006 - JARDIM - JARDIM SANTA MARIA - 55045-200 - FONE: (51) 3400 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.001338-3
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201210178071

Remetente: RSEBRUN

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ROSA MARIA VIEIRA

R. F. M. 52 - RUA SERRA APARECIDA N° 55440-200

INSCRIÇÃO: 917.170.890.9238.000

GRUPO: 10

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 0027807.1

LIGADO	POTENCIAL	CONSUMO	DEBÍTO	DEBÍTO
ALIF101074	03/10/2019	03/10/2019	REAL /	
ÁREA				
LEIT. ANT.: 64	CONSUMO: 3			
LEIT. ATUAL: 64				
LEIT. FAT.: 64	NO PARADO			

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

09/2018	47	5
04/2019	47	5
01/2019	47	5
09/2018	37	3
04/2019	47	5
04/2019	47	5
04/2019	47	5
04/2019	47	5

PARÂMETROS

PARÂMETROS	REIO, PELA FONT. M3 P.214/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO & INDICAÇÃO
TURBIDIM.	57	54	54
CON. AMONÍAC.	53	54	54
CLORO RESIDUAL	53	54	54
DOLITOMÉTRIA	53	54	54
E.7611	53	54	54

Observações: (1) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(2) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(3) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(4) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(5) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(6) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(7) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(8) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(9) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(10) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(11) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(12) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(13) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(14) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(15) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(16) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(17) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(18) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(19) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(20) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(21) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(22) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(23) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(24) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(25) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(26) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(27) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(28) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(29) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(30) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(31) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(32) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(33) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(34) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(35) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(36) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(37) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(38) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(39) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(40) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(41) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(42) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(43) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(44) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(45) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(46) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(47) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(48) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(49) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(50) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(51) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(52) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(53) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(54) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(55) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(56) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(57) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(58) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(59) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(60) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(61) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(62) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(63) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(64) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(65) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(66) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(67) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(68) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(69) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(70) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(71) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(72) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(73) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(74) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(75) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(76) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(77) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(78) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(79) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(80) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(81) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(82) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(83) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(84) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(85) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(86) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(87) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(88) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(89) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(90) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(91) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(92) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(93) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(94) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(95) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(96) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(97) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(98) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(99) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS
(100) DOLITOMÉTRIA TURBIDIM. EM RUA DAS INDÚSTRIAS SANITÁRIAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL: 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
MÚLTIPLA P/IMPORTABILIDADE 09/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3

44,08

0,88

318

CONSUMO

44,08

44,08

1,45

0,45

0,73

3,45

15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,96

Entido por: ENTREGA

Entido em:

28/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810195

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

Matrícula:

0027807.1

10/2019-7

15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,96

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CARUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO BEZERRA PE
CEP: 55040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019102788071

Escritório: BEZERRAS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

ROSA MARIA VIEIRA

R. P. N. 50 - NOSSA SENHORA APARECIDA BEZERRAS PE 55660-000

INSCRIÇÃO: 019.130.480.0298.000

GRUPO: 10

OPÇÃO D.B. AUTOMÁTICO: 00278807.1

RESPONSÁVEL: INSCRIÇÃO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL		
NÚMERO DE CONTADOR	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	Tipo de Consumo: R		
A11F161074	03/10/2019	04/11/2019	REAL /		
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 64	CONSUMO: 3	LEIT. ANT.: 0			
LEIT. ATUAL: 64		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 64	HD PARADO	LEIT. FAT.:			

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

09/2019	3/	3
08/2019	3/	3
07/2019	3/	3
06/2019	3/	3
05/2019	3/	3
04/2019	3/	3
MÉDIA	3/ 0	3

PARÂMETROS

	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	53	56	56
COM APARENTE	53	56	56
COLOR RESIDUAL	53	56	56
COLIFORMES TOTAIS	53	56	56
E. Coli	53	56	56
OBSERVAÇÕES:	(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 50% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

09/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3

44,08

0,88

DESCRIÇÃO	DATA DO DÉBITO	VALOR DO DÉBITO	VALOR DO DÉBITO
FIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,40	3,35

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,96

Emitido por: INTINNET

Emitido em: 28/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00278807.1

10/2019-7

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,96

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 955.643	
DATA: 23.08.2019		HORA: 14:55		TELEFONE: 1-9106-9802	
NOME: ANDREZ BENICIO DA SILVA				IDADE: 59 anos	
NOME DA MÃE: TIMOZEZINA BENICIO DA SILVA					
DATA DE NASCIMENTO: 08.09.1964		ACOMPANHANTE: ROSA MARIA VIEIRA (ESPOSA)			
END.: 201, BAIRRO NOVO		BAIRRO: 201, BAIRRO NOVO, N.º 501			
CIDADE: BEZERROS		SINAIS VITAIS: PA 95, PULSO 92, RC 20			
PA: 80/100 mmHg	HGT: 141 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 irpm
2. ☐ Extremidades frias ☐ Edematoso capilar latificante ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
3. ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 40 mg/dl ☐ Convulsão no momento
4. ☐ Politraumatismo/Glasgow <= 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
6. ☐ Broncoespasmo ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
3. ☐ Tumor pulmonar ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
4. ☐ Queimaduras de 1ª e 3ª graus áreas críticas SCQ < 10% ☐ Vítilas de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melenas ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
7. ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. ☐ Doenças crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
2. ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. ☐ Troca de curativos em retiradas de pontos
4. ☐ Administração de medicamentos ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: (X) NÃO () SIM, A	REGISTRO:
Queixa: <u>queixa de náusea e vômito desde a admissão em UIC</u>		
Exame físico: <u>paciente consciente, orientado, hidratado, FC: 82 bpm</u> <u>laxos e mornos - ure.</u>		
H.D.: <u>paciente em regime alimentar (líquido e sólido)</u>		
CONDUÇÃO/ REAVALIAÇÃO/ CONDUÇÃO MEDICACÃO		
Conduta: <u>internar</u> <u>2T 2.5ml IM</u> <u>Cap. 1ml 2x, 0.5 4x</u>		
TIPO DE CONSULTA ☐ Consulta simples ☐ Consulta c/ Observação ☐ Indicação (internamento)	MOTIVO DA ALTA ☐ Melhora ☐ Solicitação ☐ Transferência ☐ Indisciplina ☐ Óbito	ÓBITO Data: ____/____/____ Hora: _____ ATESTADO SIM () NÃO () DIAS: _____
Data: <u>23.07.19</u> Hora: _____		 Dr. Thales Lucena CREMEPE 22-38 Médico - CREMEPE (Carimbo)

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que de ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento gráfico do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelas longanímias que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo vê-se o portador é um temperamento aguçado ou versátil; se uma profissão escolhida ou ainda não encontrada a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha; ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escada profissional. Pode ser um pedrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcendes Filho



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE REGISTRO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Série 00002

Número

73698



Foto: 13/11/37



Quariz Rênia Cio da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome **Yveses Alexandre da Silva**

Localidade **FE. 08.09.1964**

Estado **FE. Equador**

Profissão **da Silva. e Landrozo**

Endereço **da Silva, Colômbio**

País **Colômbio**

Data de Nascimento **21/03/1964**

Estado Civil **solteiro**

Profissão **da Silva**

Endereço **da Silva**

País **Colômbio**

Data de Nascimento **11.09.1982**

Estado Civil **solteiro**

Profissão **da Silva**

Endereço **da Silva**

País **Colômbio**

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com preenchimento, sigla, civil e data de nascimento)

Nome

Doc

Nome

Doc

Nome

Doc

Nome

Doc

Nome

Doc

Nome

Doc



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cartão de Pessoa Física

Número de inscrição
027.298.894 -42

Nome
JUNILZA BEZERRA DA SILVA

06/01/2004



6 QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Loc

Est

Profissão

Estado

Est. Civil

Ps.

Outro doc

Situação Militar

Naturalizado

Doc. N°

Em

Doc. Ident. N°

Estado

Obs.

Data Emissão

Assinatura do Funcionário

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

7 ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento aquilado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

Série 00002

Número

73698



Polegar Direito



Quariz Benício da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

027.298.894 -42

Nome

JUAREZ BENICIO DA SILVA

Nascimento
08/09/1964



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 8493371228

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 705564448 2008

LUCIDALVA LINS DE BARROS
R. ABELARDO BARBOSA 229
CS-NOVA CARUARU
CARUARU-PE 55014-560

433.609.394-55

KHY8821

9CZJAG4208R069627

PAS / MOTONETA

2008

HONDA/125 ES

2008

2P/122401

PARTIC

AMARELA

1 10VA 2008 QUITADO

2008

1

2008

SEGURO PAÇO LÍDER OBRIGATÓRIO

AL. FIO. RANCO FIMASA SA

CARUARU-PE

27/09/2008

PE Nº 8493371228

BIULETE DE SEGURO DPVAT

LUCIDALVA LINS DE BARROS
R. ABELARDO BARBOSA 229
CS-NOVA CARUARU
CARUARU-PE 55014-560

433.609.394-55

KHY8821

BIULETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8493371228

2008 27/09/2008

LUCIDALVA LINS DE BARROS

R. ABELARDO BARBOSA 229

CS-NOVA CARUARU

CARUARU-PE 55014-560

433.609.394-55

KHY8821

705564448

2008

9CZJAG4208R069627

2008

SEGURO PAÇO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.808/0001-03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 8493371228

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 785564448 RUTRC ***** EXERCÍCIO 2008

NOME: LUCIDALVA LINS DE BARROS
R ABELARDO BARBOSA 228
CS-NOVA CARUARU
CARUARU-PE 55014-560

CFC/DNFJ 433.609.394-55 PLACA KHV8821

PLACA ANT/JF *****/PE 9C2JA04208R069527

ESPECIE TIPO PAS / MOTONETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES 2008 2008

CAP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COE PREDOMINANTE AMARELA

DOTA UNICA 1 IPVA 2008 QUITADO 15*****

PAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2*****

A 1 3*****

PREMIUM TABIFARIO (R\$) IOP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO BILHETE DE SEGURO DPVAT

AL. FID. BANCO FINASA SA PARTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARUARU-PE 27/09/2008

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-RESOLUIS CAUSADOS POR VEICULO MOTORIS 2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/2454/2455/2456/2457/2458/2459/2460/2461/2462/2463/2464/2465/2466/2467/2468/2469/2470/2471/2472/2473/2474/2475/2476/2477/2478/2479/2480/2481/2482/2483/2484/2485/2486/2487/2488/2489/2490/2491/2492/2493/2494/2495/2496/2497/2498/2499/2500/2501/2502/2503/2504/2505/2506/2507/2508/2509/2510/2511/2512/2513/2514/2515/2516/2517/2518/2519/2520/2521/2522/2523/2524/2525/2526/2527/2528/2529/2530/2531/2532/2533/2534/2535/2536/2537/2538/2539/2540/2541/2542/2543/2544/2545/2546/2547/2548/2549/2550/2551/2552/2553/2554/2555/2556/2557/2558/2559/2560/2561/2562/2563/2564/2565/2566/2567/2568/2569/2570/2571/2572/2573/2574/2575/2576/2577/2578/2579/2580/2581/2582/2583/2584/2585/2586/2587/2588/2589/2590/2591/2592/2593/2594/2595/2596/2597/2598/2599/2600/2601/2602/2603/2604/2605/2606/2607/2608/2609/2610/2611/2612/2613/2614/2615/2616/2617/2618/2619/2620/2621/2622/2623/2624/2625/2626/2627/2628/2629/2630/2631/2632/2633/2634/2635/2636/2637/2638/2639/2640/2641/2642/2643/2644/2645/2646/2647/2648/2649/2650/2651/2652/2653/2654/2655/2656/2657/2658/2659/2660/2661/2662/2663/2664/2665/2666/2667/2668/2669/2670/2671/2672/2673/2674/2675/2676/2677/2678/2679/2680/2681/2682/2683/2684/2685/2686/2687/2688/2689/2690/2691/2692/2693/2694/2695/2696/2697/2698/2699/2700/2701/2702/2703/2704/2705/2706/2707/2708/2709/2710/2711/2712/2713/2714/2715/2716/2717/2718/2719/2720/2721/2722/2723/2724/2725/2726/2727/2728/2729/2730/2731/2732/2733/2734/2735/2736/2737/2738/2739/2740/2741/2742/2743/2744/2745/2746/2747/2748/2749/2750/2751/2752/2753/2754/2755/2756/2757/2758/2759/2760/2761/2762/2763/2764/2765/2766/2767/2768/2769/2770/2771/2772/2773/2774/2775/2776/2777/2778/2779/2780/2781/2782/2783/2784/2785/2786/2787/2788/2789/2790/2791/2792/2793/2794/2795/2796/2797/2798/2799/2800/2801/2802/2803/2804/2805/2806/2807/2808/2809/2810/2811/2812/2813/2814/2815/2816/2817/2818/2819/2820/2821/2822/2823/2824/2825/2826/2827/2828/2829/2830/2831/2832/2833/2834/2835/2836/2837/2838/2839/2840/2841/2842/2843/2844/2845/2846/2847/2848/2849/2850/2851/2852/2853/2854/2855/2856/2857/2858/2859/2860/2861/2862/2863/2864/2865/2866/2867/2868/2869/2870/2871/2872/2873/2874/2875/2876/2877/2878/2879/2880/2881/2882/2883/2884/2885/2886/2887/2888/2889/2890/2891/2892/2893/2894/2895/2896/2897/2898/2899/2900/2901/2902/2903/2904/2905/2906/2907/2908/2909/2910/2911/2912/2913/2914/2915/2916/2917/2918/2919/2920/2921/2922/2923/2924/2925/2926/2927/2928/2929/2930/2931/2932/2933/2934/2935/2936/2937/2938/2939/2940/2941/2942/2943/2944/2945/2946/2947/2948/2949/2950/2951/2952/2953/2954/2955/2956/2957/2958/2959/2960/2961/2962/2963/2964/2965/2966/2967/2968/2969/2970/2971/2972/2973/2974/2975/2976/2977/2978/2979/2980/2981/2982/2983/2984/2985/2986/2987/2988/2989/2990/2991/2992/2993/2994/2995/2996/2997/2998/2999/3000/3001/3002/3003/3004/3005/3006/3007/3008/3009/3010/3011/3012/3013/3014/3015/3016/3017/3018/3019/3020/3021/3022/3023/3024/3025/3026/3027/3028/3029/3030/3031/3032/3033/3034/3035/3036/3037/3038/3039/3040/3041/3042/3043/3044/3045/3046/3047/3048/3049/3050/3051/3052/3053/3054/3055/3056/3057/3058/3059/3060/3061/3062/3063/3064/3065/3066/3067/3068/3069/3070/3071/3072/3073/3074/3075/3076/3077/3078/3079/3080/3081/3082/3083/3084/3085/3086/3087/3088/3089/3090/3091/3092/3093/3094/3095/3096/3097/3098/3099/3100/3101/3102/3103/3104/3105/3106/3107/3108/3109/3110/3111/3112/3113/3114/3115/3116/3117/3118/3119/3120/3121/3122/3123/3124/3125/3126/3127/3128/3129/3130/3131/3132/3133/3134/3135/3136/3137/3138/3139/3140/3141/3142/3143/3144/3145/3146/3147/3148/3149/3150/3151/3152/3153/3154/3155/3156/3157/3158/3159/3160/3161/3162/3163/3164/3165/3166/3167/3168/3169/3170/3171/3172/3173/3174/3175/3176/3177/3178/3179/3180/3181/3182/3183/3184/3185/3186/3187/3188/3189/3190/3191/3192/3193/3194/3195/3196/3197/3198/3199/3200/3201/3202/3203/3204/3205/3206/3207/3208/3209/3210/3211/3212/3213/3214/3215/3216/3217/3218/3219/3220/3221/3222/3223/3224/3225/3226/3227/3228/3229/3230/3231/3232/3233/3234/3235/3236/3237/3238/3239/3240/3241/3242/3243/3244/3245/3246/3247/3248/3249/3250/3251/3252/3253/3254/3255/3256/3257/3258/3259/3260/3261/3262/3263/3264/3265/3266/3267/3268/3269/3270/3271/3272/3273/3274/3275/3276/3277/3278/3279/3280/3281/3282/3283/3284/3285/3286/3287/3288/3289/3290/3291/3292/3293/3294/3295/3296/3297/3298/3299/3300/3301/3302/3303/3304/3305/3306/3307/3308/3309/3310/3311/3312/3313/3314/3315/3316/3317/3318/3319/3320/3321/3322/3323/3324/3325/3326/3327/3328/3329/3330/3331/3332/3333/3334/3335/3336/3337/3338/3339/3340/3341/3342/3343/3344/3345/3346/3347/3348/3349/3350/3351/3352/3353/3354/3355/3356/3357/3358/3359/3360/3361/3362/3363/3364/3365/3366/3367/3368/3369/3370/3371/3372/3373/3374/3375/3376/3377/3378/3379/3380/3381/3382/3383/3384/3385/3386/3387/3388/3389/3390/3391/3392/3393/3394/3395/3396/3397/3398/3399/3400/3401/3402/3403/3404/3405/3406/3407/3408/3409/3410/3411/3412/3413/3414/3415/3416/3417/3418/3419/3420/3421/3422/3423/3424/3425/3426/3427/3428/3429/3430/3431/3432/3433/3434/3435/3436/3437/3438/3439/3440/3441/3442/3443/3444/3445/3446/3447/3448/3449/3450/3451/3452/3453/3454/3455/3456/3457/3458/3459/3460/3461/3462/3463/3464/3465/3466/3467/3468/3469/3470/3471/3472/3473/3474/3475/3476/3477/3478/3479/3480/3481/3482/3483/3484/3485/3486/3487/3488/3489/3490/3491/3492/3493/3494/3495/3496/3497/3498/3499/3500/3501/3502/3503/3504/3505/3506/3507/3508/3509/3510/3511/3512/3513/3514/3515/3516/3517/3518/3519/3520/3521/3522/3523/3524/3525/3526/3527/3528/3529/3530/3531/3532/3533/3534/3535/3536/3537/3538/3539/3540/3541/3542/3543/3544/3545/3546/3547/3548/3549/3550/3551/3552/3553/3554/3555/3556/3557/3558/3559/3560/3561/3562/3563/3564/3565/3566/3567/3568/3569/3570/3571/3572/3573/3574/3575/3576/3577/3578/3579/3580/3581/3582/3583/3584/3585/3586/3587/3588/3589/3590/3591/3592/3593/3594/3595/3596/3597/3598/3599/3600/3601/3602/3603/3604/3605/3606/3607/3608/3609/3610/3611/3612/3613/3614/3615/3616/3617/3618/3619/3620/3621/3622/3623/3624/3625/3626/3627/3628/3629/3630/3631/3632/3633/3634/3635/3636/3637/3638/3639/3640/3641/3642/3643/3644/3645/3646/3647/3648/3649/3650/3651/3652/3653/3654/3655/3656/3657/3658/3659/3660/3661/3662/3663/3664/3665/3666/3667/3668/3669/3670/3671/3672/3673/3674/3675/3676/3677/3678/3679/3680/3681/3682/3683/3684/3685/3686/3687/3688/3689/3690/3691/3692/3693/3694/3695/3696/3697/3698/3699/3700/3701/3702/3703/3704/3705/3706/3707/3708/3709/3710/3711/3712/3713/3714/3715/3716/3717/3718/3719/3720/3721/3722/3723/3724/3725/3726/3727/3728/3729/3730/3731/3732/3733/3734/3735/3736/3737/3738/3739/3740/3741/3742/3743/3744/3745/3746/3747/3748/3749/3750/3751/3752/3753/3754/3755/3756/3757/3758/3759/3760/3761/3762/3763/3764/3765/3766/3767/3768/3769/3770/3771/3772/3773/3774/3775/3776/3777/3778/3779/3780/3781/3782/3783/3784/3785/3786/3787/3788/3789/3790/3791/3792/3793/3794/3795/3796/3797/3798/3799/3800/3801/3802/3803/3804/3805/3806/3807/3808/3809/3810/3811/3812/3813/3814/3815/3816/3817/3818/3819/3820/3821/3822/3823/3824/3825/3826/3827/3828/3829/3830/3831/3832/3833/3834/3835/3836/3837/3838/3839/3840/3841/3842/3843/3844/3845/3846/3847/3848/3849/3850/3851/3852/3853/3854/3855/3856/3857/3858/3859/3860/3861/3862/3863/3864/3865/3866/3867/3868/3869/3870/3871/3872/3873/3874/3875/3876/3877/3878/3879/3880/3881/3882/3883/3884/3885/3886/3887/3888/3889/3890/3891/3892/3893/3894/3895/3896/3897/3898/3899/3900/3901/3902/3903/3904/3905/3906/3907/3908/3909/3910/3911/3912/3913/3914/3915/3916/3917/3918/3919/3920/3921/3922/3923/3924/3925/3926/3927/3928/3929/3930/3931/3932/3933/3934/3935/3936/3937/3938/3939/3940/3941/3942/3943/3944/3945/3946/3947/3948/3949/3950/3951/3952/3953/3954/3955/3956/3957/3958/3959/3960/3961/3962/3963/3964/3965/3966/3967/3968/3969/3970/3971/3972/3973/3974/3975/3976/3977/3978/3979/3980/3981/3982/3983/3984/3985/3986/3987/3988/3989/3990/3991/3992/3993/3994/3995/3996/3997/3998/3999/4000/4001/4002/4003/4004/4005/4006/4007/4008/4009/4010/4011/4012/4013/4014/4015/4016/4017/4018/4019/4020/4021/4022/4023/4024/4025/4026/4027/4028/4029/4030/4031/4032/4033/4034/4035/4036/4037/4038/4039/4040/4041/4042/4043/4044/4045/4046/4047/4048/4049/4050/4051/4052/4053/4054/4055/4056/4057/4058/4059/4060/4061/4062/4063/4064/4065/4066/4067/4068/4069/4070/4071/4072/4073/4074/4075/4076/4077/4078/4079/4080/4081/4082/4083/4084/4085/4086/4087/4088/4089/4090/4091/4092/4093/4094/4095/4096/4097/4098/4099/4100/4101/4102/4103/4104/4105/4106/4107/4108/4109/4110/4111/4112/4113/4114/4115/4116/4117/4118/4119/4120/4121/4122/4123/4124/4125/4126/4127/4128/4129/4130/4131/4132/4133/4134/4135/4136/4137/4138/4139/4140/4141/4142/4143/4144/4145/4146/4147/4148/4149/4150/4151/4152/4153/4154/4155/4156/4157/4158/4159/4160/4161/4162/4163/4164/4165/4166/4167/4168/4169/4170/4171/4172/4173/4174/4175/4176/4177/4178/4179/4180/4181/4182/4183/4184/4185/4186/4187/4188/4189/4190/4191/4192/4193/4194/4195/4196/4197/4198/4199/4200/4201/4202/4203/4204/4205/4206/4207/4208/4209/4210/4211/4212/4213/4214/4215/4216/4217/4218/4219/4220/4221/4222/4223/4224/4225/4226/4227/4228/4229/4230/4231/4232/4233/4234/4235/4236/4237/4238/4239/4240/4241/4242/4243/4244/4245/4246/4247/4248/4249/4250/4251/4252/4253/4254/4255/4256/42

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146417 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. SIDNEY RIBEIRO, CRM/PE Nº 24.840. (PG.04)

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146417 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA 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 TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 RESIDUAL 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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114015/20

Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA

CPF: 027.298.894-42

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUAREZ BENICIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUAREZ BENICIO DA SILVA : 027.298.894-42

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: 14/04/2020
Nome: JUAREZ BENICIO DA SILVA
CPF: 027.298.894-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

JUAREZ BENICIO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444901/19

Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA

CPF: 027.298.894-42

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUAREZ BENICIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUAREZ BENICIO DA SILVA : 027.298.894-42

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: 11/12/2019
Nome: JUAREZ BENICIO DA SILVA
CPF: 027.298.894-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JUAREZ BENICIO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso