



10/09/2020

Número: **0000099-51.2020.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **16/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67775073	10/09/2020 16:26	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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061558

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

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 15480008

Pag. 00073/00074 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061558

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01585/01586 - carta_02 - INVALIDEZ

00040793



Carta nº 15493362





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, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061558

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 000001001125-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

044.547.804-71

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA

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 CARLOS DE LIMA FERREIRA

6 - CPF:

044.547.804-71

7 - Profissão:

ENCANADOR

8 - Endereço:

DOMINGOS JOSÉ DE LIMA

9 - Número:

114

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

CALUMBI -

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.930-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

87 99998-1477

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: 0586

0

CONTA: 1001125

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0

CONTA:

0

(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)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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,

CALUMBI - PE - 20/01/2020

José Carlos de Lima Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267004724**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **11:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Consumo (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, RODOVIA PE-320 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
MURILO FAGNER PEREIRA DE SÁ (OUTRO)
JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

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

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE FÁTIMA DE LIMA FERREIRA Pai: LUIZ JOÃO FERREIRA Data de Nascimento: 24/1/1984 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 03278768833 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ENCANADOR(A)
Endereço Residencial: **RUA DOMINGOS JOSE DE LIMA, 117 - CEP: 0 - Bairro: DOUTOR FRANCISCO SIMÕES DE LIMA - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

MURILO FAGNER PEREIRA DE SÁ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - 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)

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MURILO FAGNER PEREIRA DE SÁ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDQ7725** (PERNAMBUCO/CALUMBI) Renavam: **115260848** Chassi: **9C2KD0810JR034736**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA, PARA COMUNICAR O SEGUINTE ACIDENTE DO QUAL ELE FORA VÍTIMA: QUE, NA DATA E HORÁRIO POR ELE INFORMADOS, O MESMO SE ENCONTRAVA NO CLUBE DA TUPAN E, AO TENTAR RETORNAR PARA A SUA CIDADE (CALUMBI), QUANDO TENTAVA ENTRAR NA RODOVIA PE-320 E IR SENTIDO AQUELA CIDADE , PELA MESMA RODOVIA VINHA UM CAMINHÃO NÃO IDENTIFICADO E FAZENDO O MESMO PERCURSO , ESTANDO O CONDUTOR DO REFERIDO CAMINHÃO EM ALTA VELOCIDADE, ENTÃO , AO PEGAR AQUELA RODOVIA , O VEÍCULO CAMINHÃO QUE ESTAVA EM ALTA VELOCIDADE FEZ A ULTRAPASSAGEM NA MOTOCICLETA HONDA BROS DESCRITA NESTE REGISTRO E QUE ELE CONDUZIA, COM ISSO ELE TEMENDO SER ATROPELADO PELO REFERIDO CAMINHÃO , SAIU DA RODOVIA, DESCENDO EM UM BARRANCO. QUE, NÃO SABE INFORMAR NADA SOBRE O CAMINHÃO E NEM SOBRE O SEU CONDUTOR. QUE, FAMILIARES QUE VINHAM LOGO ATRÁS DELE FIZERAM O SEU SOCORRO TRAZENDO A VÍTIMA PARA O HOSPAM ONDE ELE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO PLANTONISTA , DR. NELSON DE CARVALHO FILHO , CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 61 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. RETIFICO O Nº DO RENAVAM DA MOTOCICLETA HONDA BROS, 1152608484. NADA MAIS, EN CERRO.

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

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**



21/11/2019 11:40



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 044.542.804-71 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ CARLOS DE LIMA FERREIRA

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 CARLOS DE LIMA FERREIRA 6 - CPF: 044.542.804-71
7 - Profissão: ENCANADOR 8 - Endereço: DOMINGOS JOSÉ DE LIMA 9 - Número: 114 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: CALUMBI - 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.930-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87 99998-1477

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: 0586 0 CONTA: 1001125 6
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, CALUMBI - PE - 20/01/2020

José Carlos de Lima Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



BRADESCO

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: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000001001125-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2702202005000000000023700586000001001125253125 PAGO



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 | Insc. Est. 6005943-03 | www.oeje.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARI LAFABIANA PEREIRA DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOMINGOS JOSE DE LIMA 117

CENTRO CALUMBI
CALUMBI PE
58930-000

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
IM-4-RENTA.COM/RS

005/09195	UNICA	2011/2019
2011/2019	201296382	632803

7030228531 11/2019
27/11/2019 21/12/2019
200,55

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,26247243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44095274	31,48
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,87482911	80,98
Consumo Ativo superior a 220 kWh	56,0000000	0,74982123	41,99
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,54
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,19
ICMS Substituição-CDE-NF 677870028-180918			0,81
Multa por atraso NF 081673854- 21/10/18			3,27
Juros por atraso NF 081673854- 21/10/18			1,14
Atualização ICPI8-NF 081673854- 21/10/18			0,87

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIO DE CANONICA DEBITA NOTA FIDELI

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m³/m)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
REG 0144	CA2	21-10-2018	15 904,00	20-11-2018	16 180,00	30	1,00000		276,00

RECEITA DE ENERGIA ELÉTRICA - MAIO 2017

Fonte	Valor (R\$ milhões)
Gerção de Energia	15,49
Transmissão	0,15
Distribuição (Culpo)	3,29
Perdas da Energia	11,17
Despesas Operacionais	3,85
Tratados	12,01
Total	124,47

Evolution of Revenue by Source (R\$ millions)

Fonte	Valor (R\$ milhões)
Gerção de Energia	15,49
Transmissão	0,15
Distribuição (Culpo)	3,29
Perdas da Energia	11,17
Despesas Operacionais	3,85
Tratados	12,01
Total	124,47

Evolution of Revenue by Source (R\$ millions)

Fonte	Valor (R\$ milhões)
Gerção de Energia	15,49
Transmissão	0,15
Distribuição (Culpo)	3,29
Perdas da Energia	11,17
Despesas Operacionais	3,85
Tratados	12,01
Total	124,47

Evolution of Revenue by Source (R\$ millions)

Fonte	Valor (R\$ milhões)
Gerção de Energia	15,49
Transmissão	0,15
Distribuição (Culpo)	3,29
Perdas da Energia	11,17
Despesas Operacionais	3,85
Tratados	12,01
Total	124,47

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible][illegible]

DISTRIBUIÇÃO DE CARGAS ENTRE OS SETORES					MÊS DE 2017		
CONCEPTO	VALOR APROVADO	VALOR GASTO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NORMAL (%)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
						VERÃO	INVERNO
DIC	0,00	5,43	10,00	21,75	220	202	231
PEC	0,00	1,90	0,62	13,30			
EXERC	0,00	3,31	0,00	0,00			

Fonte: CEN/NE 15,72. ELAB-Valores de Carga de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 50,00

உலகநாள் 15.02 புதுசு - புதுவதி இலக்கிய அமைதி இயக்கம் - புதுவதி

CONTA CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7040220531	11/2019	27/11/2019	200,55





NOTA FISCAL DE 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 | Insc. Est. 0015843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF: 286.442.044-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONSUMIDOR	UNICA	DATA DE INÍCIO
086447878	UNICA	18/12/2019
PARCELAMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
2000530115	2860341	18/12/2019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA, PE
55903-220

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1130133025	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
21/01/2020	13/01/2020
231.73	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	258,0000000	0,75727874	196,13
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 080755220-14/10/19			1,51
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
180754	CAT	13/1/2020	9.085,00		18/12/2019	9.343,00		33	1.00000		258,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DO TRIMESTRE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Mês/ano kWh		
DEZ 19 259	ICMS 206,10 25,00 51,52	Geração de Energia R\$ 89,59 33,77%
NOV 19 244	PIB 206,10 9,44 0,80	Transmissão R\$ 7,88 3,79%
OUT 19 233	COFINS 206,10 2,00 4,16	Distribuição (Celpe) R\$ 49,82 22,82%
SET 19 157		Perdas de Energia R\$ 14,66 7,12%
AGO 19 171		Encargos Setoriais R\$ 10,84 5,31%
JUL 19 159		Tributos R\$ 58,58 27,45%
JUN 19 170		Total R\$ 266,16 100%
MAI 19 209		
ABR 19 193		
MAR 19 226		
FEV 19 240		
JAN 19 218		
DEZ 18 232		

INFORMAÇÕES IMPRINTAS
Pagou no posto mais perto da você? Termine popular, inoperante, gômeo de andrôide 717, não se afie de por fora, imagem vídeo informal.
Fui trocado, gômeo de andrôide, não se afie de por fora, imagem vídeo informal, não se afie de por fora, imagem vídeo informal.
e Amarela. Mais informações em www.celpe.com.br. Códigos de barras e QR Code, conforme Decreto Estadual 28.488/13. O
cliente é responsável quanto à validade da contabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga em atraso para
multa 2% (Art. 14, Lei 12.435/12) e atualização monetária no pro. mais O Cliente é responsável quanto à
de cumprimento do prazo definido para os pontos de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de
fornecimento na fatura a qualquer tempo - Art. 17º REN 581/13.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES				
CONJUNTO	VALOR APRESENTADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
	06/02/19			
BAO	1,33	5,43	16,66	21,73
PIB	1,00	3,30	6,60	13,20
UBAO	1,33	5,43	16,66	21,73

Limite OMR: 12,22

USD - Valor do Encargo de Lixo do Sistema de Distribuição = R\$77,28

Atividade de gestão de
Torneamento, Torno e Anil
A. 10010 (V) - 10010 (V) - 10010 (V)
Serviço prestado em
Atividade de Torno e Anil
Atividade de Torno e Anil
Atividade de Torno e Anil
Atividade de Torno e Anil

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO MÁXIMO
220	202	231

Limite CDR: 12,22 BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 77,28





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorealider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 da 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.334 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.547.804 / 71

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.547.804 / 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u> Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>56.903-220</u>
E-mail: <u>gmgseguros@gmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>87.99998-1472</u>	

Local e Data: SERRA TALHADA-PE 20/01/2020

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





GOVERNO DO
PERNAMBUCO
GOVERNADOR PAULO FREIRE



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

35cm

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 61

Data:	10.11.2019	Idade:	15.47
Nome:	José Carlos de Lima Fenevia		
Nome Social:	Prof. Dr. Encarnação		
Nascimento:	24.01.84	Sexo:	masculino
Escolaridade:	Ensino médio Incomp	Responsável:	O Pai
Mãe:	Marta de Fátima de Lima Fenevia		
Endereço:	Sítio Bom Sucesso		
Bairro:	Zona Rural	Município:	Catumbi
Cartão SUS:		RGCP:	6563283
Raça/Cor:	Branca	Profissão:	Prof. Dr.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

Situação/Quebra:

PA	Pulso	HGT	T	S.O2	Temperatura
Medicações em uso	Nenhuma				
Intake e eliminação					
Farmacologia	Contra e Anestesia				

ATENDIMENTO MEDICO

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de cabeça a cerca de 60 minutos. após dar em pulso D e região bular

Tratamento: Rx Pulso D AP e Pupil (150)
Rx Calma lombar AP
badaem lamp 1A
Dipirona lamp + ADT
Inibidores ram 1A

Marta das Neves G. Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN-345224

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 16/11/2019	Atendimento: 0027188	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00195057 - JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA		
Cirurgia Realizado: <i>Osteossintese Fêmur D</i>		N. do Procedimento: <i>0408020407</i>
Data: <i>16/11/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Freitas</i>		
1º Auxiliar: <i>Antonio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Freitas</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Sob anestesia geral MSD, Trepano Manual Manipulada foco fratura, Redução e fixação pe Ulaeado 03. fix. KIRSCHNER Redução popin, Alentejo - Valer Sob...</i>		
		<i>Antonio Rodrigues de Freitas</i> CPF: 066.552.002-25
Assinatura do Cirurgião		





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 16/11/2019	Atendimento: 0027188	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00195057 - JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA		
Data Nasc: 24/01/1984	Idade: 35 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: ENCANADORES E INSTALADORES DE TUBULACOES		Estado Civil: Casado
Naturalidade: TRIUNFO		Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: LUIZ JOAO FERREIRA		Nome Mãe: MARIA DE FATIMA DE LIMA FERREIRA
Endereço: SITIO BOM SUCESSO, 0 - ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: () / (87) 9881.57162 / (87) 8828.1674		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<i>Lesão fechada no 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>FRAT. RADIO @</i>		
ADT:		
Diagnóstico Final: <i>Fratura Rádio @</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ☒	Descrição Médica: <i>4</i>	Data do Internamento: <i>16, 11, 19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>18, 11, 19</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: <i>[Assinatura]</i>
Óbito + 48h ()	Evasão ()	
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Óbito em ____/____/____		
Hora: ____		Medico Responsavel

Pedro Augusto Araujo do Carmo
CPF: 02.123.123-00 CREA: 12345



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA		DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/11/2019 11:21
MÉDICO SOLICITANTE: PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 16558	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA		Nº DO PRONTUÁRIO: 642574
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 24/01/1984	SEXO: Masculino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DE FÁTIMA LIMA		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SÍTIO BOM SUCESSO, ZONA RURAL		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909	UF: PE
CEP:		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT, CONSCIENTE, ORIENTADO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO APRESENTA DOR E EDEMA EM BRAÇO DIREITO, NEGA HAS
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): EXAME FÍSICO + RAIOS X
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE RÁDIO DIREITO
CID 10 PRINCIPAL:
CID 10 SECUNDÁRIO:
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARACTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 02422320430

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 14/11/19 14:36
TIPO DE LEITO: CIRÚRGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
MÉDICO AUTORIZADOR:	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: ROXANA LÚCIA ALENCAR DE OLIVEIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/11/19 11:21
DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	COD. ORGÃO EMISSOR: CRM 12538
Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 66668310478	

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

14/11/19 13:57 JAQUELINE MARIA FERREIRA TRICOTI

Descrição

RESERVO LEITO PARA ORTOEPDIA DA CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

Data/Hora Profissional Evolução

14/11/19 08:32 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição

PACT,SEGUE AGUARDADNO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução

13/11/19 10:14 CLARISSA ROBERTA AZEDO FALCAO

Descrição

ENFA MARCIONE INFORMA QUE PACIENTE AGUARDA VAGA DE CONVENIO. REGISTRADO QUE NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR, NAS REDES PÚBLICAS/CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

12/11/19 12:21 REBECA FERNANDA GALVAO DE SIQUEIRA

Descrição

NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora Profissional Evolução

11/11/19 11:37 MARIANA FERRAZ DA SILVA ROSA

Descrição

SOLICITAÇÃO VISUALIZADA. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR NESTA ESPECIALIDADE NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

11/11/19 11:21 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Descrição

Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
11/11/19 11:21	Em digitação	0h:2m:27s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
11/11/19 11:23	Aguardando Regulacao	0h:11m:27s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
11/11/19 11:35	Aguardando Regulacao	0h:0m:17s	ROXANALAO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: ROXANALAO solicitação: 642574
11/11/19 11:35	Regulado	0h:2m:24s	ROXANALAO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
11/11/19 11:37	Aguardando Disponibilidade	74h:18m:40s	MARIANAFSR/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.
14/11/19 13:56	Aguardando Confirmação	0h:40m:7s	JMFT/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.
14/11/19 14:36	Reserva Confirmada	0h:0m:0s	ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
14/11/19 14:36	Reserva Confirmada		ADRIANA.CORDEIRO/CA SA DE	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: ADRIANA.CORDEIRO



98845462

9.8828 - 1674



PERNAMBUCO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



Nome: José Carlos de Lima

Data: 11/11/2019

Ao Hospital
São Vicente

HDX: Fratura de Rádio Direito

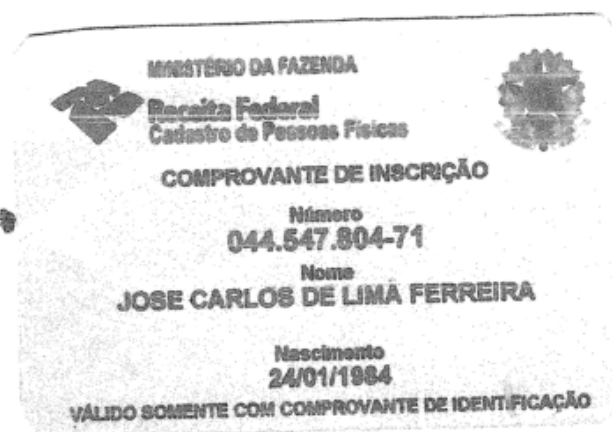
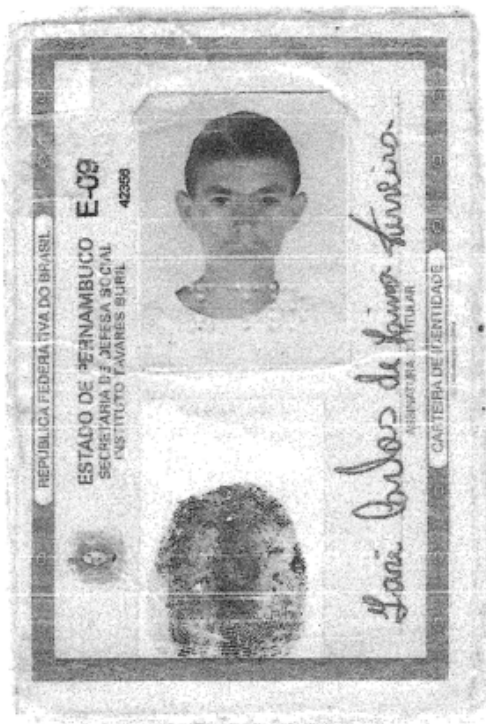
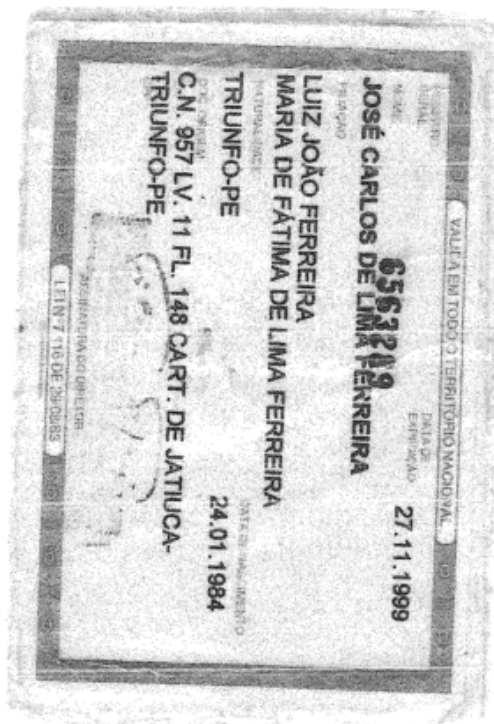
- ① Dieta Livre
- ② Dipirona 500mg - VO de 6/6h 1/n 96
- ③ Pré-op.
- ④ SSVV + CCGG

11/11/19

[Handwritten signature]

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
RUA DO COMENDADOR AGAMENON MAGALHÃES - CENTRO - SÃO VICENTE - PE
CEP: 55.000-000





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO
ACQ
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

Assinatura do Portador
George Carlos Melo Lima

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Assinatura do Emissor
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

23810552568
PE079966268

PERNAMBUCO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO
ACQ
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
EAB
CMTX

Assinatura do Portador
George Carlos Melo Lima

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Assinatura do Emissor
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

23810552568
PE079966268

PERNAMBUCO



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200061558**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA DOMINGOS JOSE DE LIMA, 117, casa - CENTRO - Calumbi - PE - CEP 56930-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**00** / **PE**] **00**

Data e local do acidente: [**10/11/2019**] **SERRA TALHADA**

Data e local do exame: [**14/02/2020**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA ARTICULAR DE RADIO DISTAL DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO NO PUNHO DIREITO

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE - EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES - ALTA MÉDICA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ebenone Antonio da Silva - CRM: 15122 - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061558 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ARTICULAR DE RADIO DISTAL DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE - EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES - ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Carlos de Lima Ferreira, brasileiro(a), estado civil: casado
 Profissão: encarregado, portador(a) do RG 6.563.789, órgão expedidor SDS/PE
 e do CPF: 044.547.804-71 residente no(a) DOMINGOS JOSE DE LIMA-117
 nº SIN, bairro: CENTRO, município: CALUMBI - PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP/PE
 e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTONIO TOME DE SOUZA
 nº 573, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERNA TALHADA - PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confiro poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA
 CPF: 044.547.804-71 data do acidente: 10/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: CALUMBI - PE - 14/04/2020

Assinatura do outorgante: Jose Carlos de Lima Ferreira

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI - PE
 TIAGO ALVES DOS SANTOS
 CALUMBI - PE

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA, que conferi o/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 16 de janeiro de 2020.
 EMOL: R\$3,71, TSNR: R\$0,02, FERC: R\$0,41, FERM: R\$0,04, FUNSEG: R\$0,08. Fabricia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada.

Selo: 0160242.OVD01202001.00005 16/01/2020 09:14:05
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Serventia Registral e Notarial
 de Calumbi/PE
 Fabricia da Silva Ferreira
 Escrevente Autorizada

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (SE HOUVER)

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Carlos de Lima Ferreira, brasileiro(a), estado civil: casado
 Profissão: encarregado, portador(a) do RG 6.563.789, órgão expedidor SDS/PE
 e do CPF: 044.547.804-71 residente no(a) DOMINGOS JOSE DE LIMA-117
 nº SIN, bairro: CENTRO, município: CALUMBI - PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor ESP/PE
 e do CPF: 008.475.324-29 residente no(a) ANTONIO TOME DE SOUZA
 nº 573, bairro: SÃO CRISTOVAO, município: SERNA TALHA DA L. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confiro poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA
 CPF: 044.547.804-71 data do acidente: 10/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: CALUMBI-PE - 14/04/2020

Assinatura do outorgante: Jose Carlos de Lima Ferreira

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI - PE
 TIAGO ALVES DOS SANTOS
 CALUMBI - PE

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA, que conferi o/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 16 de janeiro de 2020.
 EMOL: R\$3,71, TSNR: R\$0,02, FERC: R\$0,41, FERM: R\$0,04, FUNSEG: R\$0,08. Fabricia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada.

Selo: 0160242.OVD01202001.00005 16/01/2020 09:14:05
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Serventia Registral e Notarial
 de Calumbi/PE
 Fabricia da Silva Ferreira
 Escrevente Autorizada

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (SE HOUVER)

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029183/20

Vítima: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

CPF: 044.547.804-71

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

JOSE CARLOS DE LIMA FERREIRA : 044.547.804-71

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: 21/01/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

