

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
ELMIR AMARO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
05/05/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
27/04/2020

CONTA CONTRATO
7005891773

ENDEREÇO
SI SALOBRO 1000 -SITIO
SALOBRO/RIBEIRO DO MEL -55700-
000 LIMOEIRO PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 1,10

DATA DA APRESENTAÇÃO
27/04/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
106174453

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
26/03/2020 a 27/04/2020

CONSUMO
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7005891773

MÊS/ANO

04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 1,10

VENCIMENTO

05/05/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838500000008 011000110073 005891773100 145395465830



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Contatos
081-996686080
081-9.94828698
081-998543090

PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA

PERNAMBUCO
00187612
MASCULINO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Pacientes: 41239
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
End: SÍTIO SALOBRO
Município: LIMOEIRO
Mãe: SEVERINA AMARO DA SILVA
Profissão: BARMAN

Cor/Raça: PARDA
CNB: 160858682600008

Nº Ocorrência:
Idade: 29 Anos 4 Meses 9 Dias
Nascimento: 02/04/1990
Nº:
Bairro:
Nac.: BRASILEIRA
Pai: ANTONIO AMARO DA SILVA
Responsável: O MESMO

Sexo: MASCULINO
Est. Civil: SOLTEIRO
CEP: 55700000
Doc nº: 815439
Tel.: 81 98543100

Últimas Ocorrência:

Data: 11/08/2019 Hora: 00:06 Nº Ocorrência: 187612 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ORTOPEDIA

PRÉ-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:
Queixa de dor no
cotovelo esquerdo
travando a flexão
e extensão do membro
superior esquerdo
há alguns dias
sem trauma aparente
de início súbito
sem febre, náusea
ou vômito.

TRATAMENTO:
1. S. Glauco 500 mg
- 1000 mg
Transferido Hospital
de Referência
5746 299

EXAMES COMPLEMENTARES:
Rx Cotovelo / Perfil - Fratura de articulação

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: CID:
Fratura de articulação

MOTIVO DA SAÍDA:
ALTA ☒ INTERNAÇÃO ☐

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESPECIALIZADO
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

JUSTIFICATIVA:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM:
HORÁRIO:

ENCAMINHADO:
REMOVIDO:
CUSTO:
Gr. h m do dia

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0204010080
TÉCNICO / CONSELHO: 8247
HORÁRIO:

DATA SAÍDA:
HORA SAÍDA:
DATA: 11/08/2019 00:06:56

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, dou fé.
SANTOIANI (TITULAR) 05/09/2019 11:46 Emol: R\$ 2,90
TSNR: R\$ 0,68 FERC: R\$ 0,34 ISS: R\$ 0,17 FERM: R\$ 0,03
FUNSEG: R\$ 0,07 Op.: 2 Selo: 0073981.ETT08201901.
01518 Consulta autenticada em: <http://tpe.jus.br/selodigital>

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1689080

Nome: Elmir Amara de Silva

Foi atendido às 04:21 h do dia 11 08 / 19

Diagnóstico Provável fcc cere

data da alta 11 / 08 / 19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

~~Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação: Atc de neuropsiqu

Atc de cirúrgia por estes neuropsiqu
apenas

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163



Fundação Altino Ventura

FUNDACAO ALTINO VENTURA

Av. Maurício de Nassau, Nº
2075 Iputinga, Recife/PE -
CEP 52171-011

SOLICITAÇÃO DE EXAMES / CONSULTAS

Empresa: FUNDACAO ALTINO VENTURA		Prontuário: 02017931
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA		Atendimento: 04120255
Nome Social:		CNS: 709104221784730
Idade: 29	Município: LIMOEIRO	Dt.Nasc.: 02/04/1990
Mãe: SEVERINA AMARO DA SILVA	CID:	
Diagnóstico:		
Prioridade: Não se aplica		

	MM:	CD:	OD	OE
1- Angiografia	☐	☐	☐	☐
2- Retinografia	☐	☐	☐	☐
3- Retcam	☐	☐		
4- OCT				
4.1- Papila	☐	☐		
4.2- Mácula	☐	☐		
4.3- Córnea	☐	☐		
5.1- Ultrassonografia	☐	☐		
5.2- USG Simples (Catarata/Córnea)	☐	☐		
6- PAM	☐	☐		
7- Biometria	☐	☐		
8- Microscopia Especular	☐	☐		
9- Topografia Corneana	☐	☐		
10- Paquimetria	☐	☐		
11- Campimetria 30-2	☐	☐		
12- Campimetria 24-2	☐	☐		
13- Campimetria 10-2	☐	☐		
14- Campimetria FDT	☐	☐		
15- CTD	☐	☐		
16- Mapeamento de Retina	☐	☐		
17- Siriús/Pentacam e Galilei			☐	☐
18- Fotografia			☐	☐
19- Laser Retiniano			☐	☐
19.1- Focal Grid			☐	☐
19.2- Panfoto			☐	☐
19.3- Periferia			☐	☐
19.4- Setorial			☐	☐
20- Yag-Laser				
20.1- Iridotomia Periférica			☐	☐
20.2- Capsulotomia Posterior			☐	☐
Outros				
☐ 21- Glicemia de Jejum				
☐ 22- Hb A1C				
☐ 23- Hemograma completo com contagem de Plaquetas				
☐ 24- TPAT com INR				
☐ 25- TS, TC				
☐ 26- HGT				
☐ 27- Parecer Cardiológico c/Risco Cirúrgico				
☐ 29- Eletroretinografia				

RETORNO

Ambulatório de Volta: Ambulatório Diversificado ☐ Especialista

AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

☐ CATARATA (POLO)	☐ CÓRNEA	☐ RETINA CIRÚRGICA
☐ CATARATA (MOSTRA DE EXAMES)	☐ CORNEA POS-TRANSPLANTE	☐ RETINA CLÍNICA
☐ CATARATA COMPLICADA	☐ GLAUCOMA CLÍNICO	☐ RETINA OCLUSÕES VASCULARES
☐ CATARATA CONGÊNITA	☐ INCLUSÃO PROJ. GLAUCOMA	☐ DPO LUCENTIS
☐ CER - AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	☐ VOLTA PROJETO GLAUCOMA	☐ RETINOBLASTOMA
☐ CER - ESTIMULAÇÃO VISUAL CAT. CONGÊNITA	☐ GLAUCOMA CIRÚRGICO	☐ TUMOR ANTERIOR
☒ CER - ESTRABISMO	☐ NEUROFTALMO	☐ TUMOR POSTERIOR
☐ CER - NEUROPEDIATRIA	☐ PLÁSTICA OCULAR	☐ UVEÍTE
☐ CER - OFTALMOPEDIATRIA	☐ REFRAÇÃO	☐ TROCA DE LENTE TERAPEUTICA
☐ CER - BAIXA VISÃO	☐ AMB. PTERIGIO (JABOATÃO)	☐ LENTE DE CONTATO
		☐ SEM RETORNO NO MOMENTO

Observação: ENCAMINHO PACIENTE VITMIA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTA HA 01 MES COM QUEIXA DE DIPLOPIA COM QUADRO
DE PARALISIA FACIAL
SOLICITO PRIORIDADE NA MARACCAO PELA ASSIATENTE SOCIAL

MÉDICO SOLICITANTE

DATA

Dr(a): LARISSA HALLEY SOARES E SÁ
CRM.25508 OFTALMOLOGIA

10/09/2019 14:14:59

usuário: LARISSASA

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1089030

Nome: Elvira Augusto da Silva

Foi atendido às 04:21 hs. do dia 11, 08, 19

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
automobilístico envolvendo carro
grau de paratuberculose unilobu-
lar (1).

CID: S02.6

-> 30 (trinta) dias de repouso

Tratamento Realizado: ① Kapsipam + bism dia
11/08/2019

② Prescrição + orientações para casa

③ retenção ambulatório com 30
dia

④ Dieta líquida pastosa

Observação: Retornar ao ambulatório
BMF dia 10/09/19 às 07:00hs.
Trocar unhas e Acute uncinaxo

Cópia de: _____

At + BMF
11/08/19
19:36

Dr. Rosa Lins
Cirurgia e Traumatologia
CRO-PE 12.454

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188807

Cidade: Limoeiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do acidente: 10/08/2019

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE leve, fratura de parassinfise mandibular direita

Descrição do exame físico: Vítima com paralisia facial em hemiface esquerda, com limitação na abertura de cavidade oral, consciente e orientado ao exame, deficit cognitivo. Tem exame de acuidade visual 20/30 em ambos os olhos, com diagnóstico de diplopia. Tem audiometria (09/12/19) com rebaixamento auditivo em ouvido direito (frequências de 6 e 8 KHz).

Resultados terapêuticos: exame alterado como se segue

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2020

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188807 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO.
FRATURA MANDIBULAR À DIREITA.
ANISOCORIA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.
PERDA TOTAL DO OLHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIO
FACIAIS E TOTAL DO OLHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: OBS: PAG. 1/ AN- 2/4.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146951/20

Número do Sinistro: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

CPF: 092.558.404-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: ELMIR AMARO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 03/06/2020

Nome: ELMIR AMARO DA SILVA

CPF: 092.558.404-52

ELMIR AMARO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020

Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO

CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146951/20

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

CPF: 092.558.404-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: ELMIR AMARO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELMIR AMARO DA SILVA : 092.558.404-52

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: 25/05/2020
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
CPF: 092.558.404-52

ELMIR AMARO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELMIR AMARO 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, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELMIR AMARO 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\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ELMIR AMARO DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.387,50**

Banco: **104**

Agência: **000000053**

Conta: **0000017902-8**

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,



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200188807
Nome do(a) Examinado(a): ELMIR AMARO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): SI SALOBRO, 1000, SIT SALOBRO
LIMOEIRO Pernambuco - CEP: 55700000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [sds / Pernambuco] 8154397
Data local do acidente: [10/08/2019]
Data local do exame: [19/06/2020] RECIFE - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE leve, fratura de parassinfise mandibular direita
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: suporte clínico, fisioterapia.
Complicações: evolui com estrabismo, paralisia facial.
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Vítima com paralisia facial em hemiface esquerda, com limitação na abertura de cavidade oral, consciente e orientado ao exame, sem déficit cognitivo. Tem exame de acuidade visual 20/30 em ambos os olhos, com diagnóstico de diplopia. Tem audiometria (09/12/19) com rebaixamento auditivo em ouvido direito (frequências de 6 e 8 KHz).
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
sequela neurológica de grau residual, com diplopia e paralisia facial a esquerda, dificuldade na abertura da cavidade oral, perda auditiva leve de ouvido 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e do livre deslocamento corporal
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
Audição total bilateral (surdez completa)
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742
Leonardo de Faria Neves
CPF - 04595527403

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:

092.558.404.52

4 - Nome completo da vítima:

Elmin Amaro da Silva

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

5 - Nome completo:

Elmin Amaro da Silva

6 - CPF:

092.558.404.52

7 - Profissão:

Bom meu

8 - Endereço:

Sítio Solobno

9 - Número:

1000

10 - Complemento:

cam

11 - Bairro:

Sítio Solobno / Ribeirão Preto

12 - Cidade:

Limoeiro

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.700.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

☐ 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:

0053

CONTA:

17902

8

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 Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Limoeiro (PE) 12-05-2020

Elmin Amaro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

092.558.404.52

4 - Nome completo da vítima:

Elmin Amaro da Silva

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

5 - Nome completo:

Elmin Amaro da Silva

6 - CPF:

092.558.404.52

7 - Profissão:

Banqueiro

8 - Endereço:

Sítio Solobno

9 - Número:

1000

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Sítio Solobno / Ribeirão Preto

12 - Cidade:

Limoeiro

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.700.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

☐ 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:

0053

CONTA:

17902

8

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 Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Limoeiro (PE) 12-05-2020

Elmin Amaro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELMIR AMARO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000017902-8

Nr. da Autenticação 2083DD843196F663