
Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109193

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

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, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109193

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200109193

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 07/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004753

Conta: 0000018835-0

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

2 - Nº do sinistro do ASL: 3 - CPF da vítima: 064.590.524-09 4 - Nome completo da vítima: JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO 6 - CPF: 064.590.524-09
7 - Profissão: RECLAMANTE 8 - Endereço: RUA JOSE FIRMINO 9 - Número: 22 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RIBEIRÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Telefone: (81) 99710-9292

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma única)

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

AGÊNCIA: 4753 CONTA: 18835

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.154/74), 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 processamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

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 resultado.

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nome)? ☐ 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando morto, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIBEIRÃO - PE 06/02/20
41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



1753



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - 2ª DELEGACIA DE POLÍCIA
MURIBECA - DIM/6ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E4141000247**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/06/2018** às **11:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/2/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA EIXO DE INTEGRAÇÃO, 01 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GRACILIANO ALVES DE COUTO (OUTRO)
JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO**

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

JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DULCILEIDE ANTÔNIA DA SILVA** Data de Nascimento: **29/10/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA JOSE FIRMINO, RIBEIRÃO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO, 22, RUA JOSE FIRMINO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

GRACILIANO ALVES DE COUTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA PDP-3733 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GRACILIANO ALVES DE COUTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

CAMINHÃO HYUNDAI PLACA DESCONHECIDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**,

que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE TRANSITAVA EM UMA MOTO, DE PLACA PDP-3733, PELA AVENIDA REXO DA INTEGRAÇÃO, EM MURIBECA, QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA DESCONHECIDA EFETUOU UMA CONVERSÃO, ONDE A VÍTIMA COLIDIU LATERALMENTE NO REFERIDO VEÍCULO DESCONHECIDO, VINDO A CAUSAR-LHE LESÕES. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE NÚMERO S-436597, SENDO ENCAMINHADO PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

João Antônio da Silva Neto

JOÃO ANTÔNIO DA SILVA NETO
(VÍTIMA)

Claudio Diego Rocha Martins Pereira
B.O. registrado por: **CLAUDIO DIEGO ROCHA MARTINS PEREIRA** - Matrícula: **297028-7**

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:

064.590.524-09

4 - Nome completo da vítima:

JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO

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

5 - Nome completo:

JOÃO ANTONIO DA SILVA NETO

6 - CPF:

064.590.524-09

7 - Profissão:

RECEBON

8 - Endereço:

RUA JOSE FERMINO

9 - Número:

22

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

RIBEIRÃO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 99710-9292

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\$1.000,00 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 (Comende para os bancos abaixo. Atualize com opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4753

CONTA: 18835

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 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, considerando, 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 nº 154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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(s) nascido(s)?

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RIBEIRÃO - PE 06/02/20

João Antônio da Silva Neto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04753

CONTA: 000000018835-0

Nr. da Autenticação CE1AAA6966D0F062

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGETICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, NOVA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50058-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0085943-82



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 São Paulo - ARPE 0800-727-0167 | ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 | ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE KALINA GOMES LOPES DE OLIVEIRA CPF: 041.175.044-78 NIS: 14358279603	DATA DE VENCIMENTO 15/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/01/2020	CONTA CONTRATO 000360572021
	TOTAL A PAGAR (R\$) 139,91	DATA DE APRESENTAÇÃO 08/01/2020	Nº DO CLIENTE 1002127503
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE FIRMINO 22 CENTRO - RIBEIRÃO 13208-000 RIBEIRÃO PE	CLASSIFICAÇÃO R1 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST. SOCIAL CONTINUADA - BPC Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 001498056	Nº DA INSCRIÇÃO 3003310022
A aquisição geral de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e na site www.aneel.com.br	RESERVADO AO FISCO 0C1FD82D7092C22084B8C3D898AC7501		

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13645748	4,09
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23382708	16,37
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	90,00	0,35089063	31,58
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12555658	3,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21529375	15,06
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	90,00	0,32288042	29,05
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,65
Cobrança Ilum. Pública Municipal			24,33
ICMS Subvenção-CDE-NF 079054987-04/10/19			-7,9
ICMS Subvenção Balsa Renda			1,37
Multa por atraso-NF 083801279 - 08/11/19			2,40
Juros por atraso-NF 083801279 - 08/11/19			1,90
Multação IGP-M-NF 083801279 - 08/11/19			0,34
PRO-CRIANÇA(PP)3412-8968 8800 631 8968			3,00
TOTAL DA FATURA			139,91

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
136,66	20,00	27,33	106,66	0,90	0,96
			106,66	4,15	4,42

EM APÊNDICE, DESPESAS FIXAS E NÚMERO CORTE.

Versão:	Di. Base	Valor
10/12/19	100/100	100,00

Não consumida NÃO sofrerá análise de créditos ambientais e NÃO contém multas em discussão judicial. Caso o consumo do fornecimento paralelo por este cliente no futuro possa, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança referente às atividades difusas ou Art. 3º, IV do Manual. Podem ocorrer alterações no consumo, bem como mudanças nos reguladores de medições de energia SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,13645748	JAN 20	196
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,23382708	FEB 19	234
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,35089063	NOV 19	313
Consumo-TE até 30 kWh	0,12555658	DUT 19	304
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,21529375	SET 19	183
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,32288042	AGO 19	175
		JUL 19	189
		JUN 19	208
		MAR 19	256
		ABR 19	275
		MAI 19	340
		IV 19	240
		FEV 19	232

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Geração de Energia	39,35 34,31
Transmissão	4,15 3,78
Distribuição (Perdas)	3,77 32,99
Energias Perdas	2,33
Taxas	2,7 24,06
Potência de Energia	1,90
TOTL	5,0 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO NOTA FISCAL	SPED DA FISCAL	ANEXO	PERIODO	QTD	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	CONSUMO
00000000000000000000	CNF	11/12/2019	15.511,00	00000000	15.511,00	00	1.00000	0,00	156,00

SEM PARCELA BASTA E PARCELA LECTURA: 00000000

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CODIGO	VALOR APROXIMADO	% DA RECEITA LÍQUIDA	% DO TENDIMENTO	% DA ANUIDADE
R\$ 00,00					
SIC-9m de acesso sem energia	JOSÉ MARIANO	0,08	9,75	12,50	91,66
Atividade sem energia elétrica		0,00	3,48	0,87	11,80
ATC-energia elétrica		0,00	3,88	0,80	0,30
Interrupção de energia elétrica					
SIC-Quilômetro de interrupção em área ativa					
Linha SIC-9m 12,22					
Fórmula para o Cálculo da Energia do Dia = R\$ 37,87					
Nota: Considerar cada período, a partir das indicações SIC, PSE, SMC e SDR e qualquer tempo.					

1146 CH. MANCÈS: IMPURE TARTEN

Peças de porta-motores, portas de veículos e limas, eixos de pilar, eixos e rodas, eixo de transmissão central e eixos de transmissão lateral; até 11 de setembro de 2014.

As datas de entrega e validade são vigas e Anexos. Mais informações em www.ansaf.gov.br.

Coabrança (CAB) sobre subemprego CDE, conforme Decreto Estadual 33.439/13.

O cliente é responsável quando há violação no cumprimento individual ou do nível de entrega de fornecimento.

Pagão, em áreas para multa (R0414) (NEEL), juros (R0414) (NEEL) e atualização monetária no preço, não. O cliente é responsável quando há violação no cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

O cliente é responsável quando há não cumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser encerrado e não de disponibilidade no caso em que ocorrer a suspensão.

O consumidor pode cancelar a contratação de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 3º REN 335/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO A	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
200	202	231

IDENTIFICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA/CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	DALÃO DE PAGAMENTO
000368572021	01/2020	139,91	15/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Queixa Principal / História

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO CARRO-MOTO REFERINDO DOR NO PUNHO DIREITO

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom:	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T ALT. (cm) SAT O₂

20

[Assinatura]

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 07-02-2018 18:44

Nome Paciente:	JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Cód. Paciente:	501676
Data de Nascimento:	29/10/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	A0226
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1049169 
SAME:	

Período: 07-02-2018 18:46 - 07-02-2018 18:47

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU JABOATÃO (BASICA 3) EM MACA, PRANCHA RÍGIDA, COLAR CERVICAL, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRANSITO(COLISÃO MOTO X CARRO), HÁ 2H, APRESENTA ESCORIAÇÃO EM PUNHO D. E REGIÃO TROCANTERICA DIREITA, NEGA VÔMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA.

Observação:

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância

Observação

- NEGA ALERGIAS -



Acolhido(a) por: RICARDO JOSE OLIMPIO - COREN: 7362 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05-02-2020 11:03

Prescrição.: 1450789 Data: 07/02/2018 19:01
Usuário.: ANTONIOMSCF
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1985 (31a 7m 27d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 07/02/2018 18:50 0 Dias(s) int
Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.: 5602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cto.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
1 RX PUNHO DIREITO A P. / PERFIL : Exame	1					

Prescrição
de Exames
Imagem
Data: 07/02/2018 19:01
Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS
CRM: 9225

Prescrição: 1450792 Data: 07/02/2018 19:13

Usuário: ANTONIOMSCF

Atendimento: 1049159 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 501576 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Peso: Altura: Sup. Corporea:

Internação: 07/02/2018 18:50 0 Dias(s) int

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUCAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito: Cobertura:

Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO FUNHO E DA MAO Cido: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS

	Ord	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
1 C.C. CETOPROFENO IV PO/SOL INJ 100MG	1	FA		IV	Agora	
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC 5/ AGULHA	1	UN				
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGUA BIDESEILADA SOL INJ. 10ML	1	AMP				
Des.						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2 C.C. DAPIRONA SODICA SOL INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDESEILADA SOL INJ. 10ML	1	AMP				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC 5/ AGULHA	1	UN				

Prescrição.: 1450793 Data: 07/02/2018 19:13

Usuário.: ANTONIOMSCF

Atendimento: 1049166 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 07/02/2018 18:59 0 Dias(s) int

Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:

Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cido.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

2 CURATIVO TRAUMA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
				Agora	

Prescrição.: 1450794 Data: 07/02/2018 19:14
Usuário.: ANTONIOMSCF
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 501676 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso.: Altura: Sup. Corporal:
Internação.: 07/02/2018 18:50 0 Dias(s) int
Médico.: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO Cidb.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco:URG
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO - CRM: 9225
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Cid	Unidade	SN	Ap	Frequência	Datas/Horários
3 C.C. TALA GESSADA AXILO PALMAR M		1				
[-> ATADURA CREPE 20CM X 4.5M 11FIOS		1 UN				
[-> ATADURA CREPE 10CM X 4.5M 11FIOS		4 UN				
[-> ATADURA CREPE 15CM X 4.5M 11FIOS		2 UN				
[-> ATADURA GESSADA 10CM X4.0M BRANCA		1 UN				
[-> ATADURA GESSADA 20CM X4.0M BRANCA		1 UN				


Dr. Marcello JCS

Prescrição: 1450827 Data: 07/02/2018 20:03
Usuário: SAULPRM
Atendimento: 1049169 Dt Nasc: 29/10/1986 (31a 7m 27d)
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Paciente: 501675 - JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
Peso: Altura: Sup. Corporal:
Internação: 07/02/2018 18:50 0 Dias(s) Int
Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS - CRM 21129
FUNÇÃO: MÉDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Lado: Cobertura:
Cid.: S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO Cido.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 C.C. APARELHO GESSADO AXILAR PALMAR ENGLOBANO POLEGAR G	1					
-> ATADURA GESSADA 15CM X4,0M BRANCA	3	UN				
-> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA	5	UN				
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	1	UN				

17/06/2018

20:03

SAULPRM

SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRM 21129

11-06-2018

20:03

SAULPRM

SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRM 21129

11-06-2018

20:03

SAULPRM

SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRM 21129

11-06-2018

20:03

SAULPRM

SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRM 21129

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) JOAO ANTONIO DA SILVA NETO, que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000501676 e número de atendimento 01049169 apresentando diagnóstico FRATURA DE ESCAPOIDE DIR para AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA.

Observação:

FRATURA FECHADA DE PUNHO
GESSO AXILOPALMAR + POLEGAR
FRATURA DE ESCAPOIDE
MANTER GESSO ATÉ 2ª ORDEM;
REVISÃO COM 3 SEMANAS;
MEDICADO E ORIENTADO;
AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA.

Recife, 07 de Fevereiro de 2016

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS
CRM: 21129

[Assinatura manuscrita]
Dr. Saul Pinheiro Rebouçes

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA : 09/02/2018 07:28:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

RG:

PESO:

IDADE: 31 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 29/10/1986

PRESTADOR ASSISTENTE: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

DATA DE ATENDIMENTO: 07/02/2018 18:50:28

ATENDIMENTO: 1049169

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

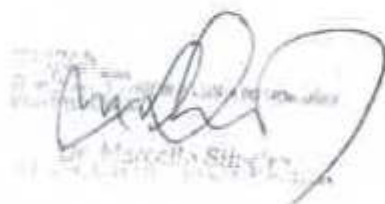
DIAGNÓSTICO DE ALTA:

S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	07/02/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	07/02/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	JOÃO ANTONIO DE SILVA NETO		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura do Punho Direito - Fratura Esostor de Dis.		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Ft. Conservadora na imobilização apenas		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM	☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1°	Membros Superiores Direito ± 60%
2°	Perda muscular
3°	Deficiência funcional MSD.
4°	
5°	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/07/19 A 26/07/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

Enxada

DATA

26/07/19

ASSINATURA E CARIMBO

João Antonio P. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 7142

João Antonio P. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 7142

VALIA EM 2000
R\$ 1107199125

2000 ANTONIO DA SILVA NETO



ONE DEPARTAMENTO DE ENCARTE 1/2
V174840 200 VE

CPF
066.202.864-08 22/10/1986

REACAO
MANUEL ALVES DA SILVA

SOLICITANTE ANTONIA
DA SILVA

FORMAS
AD

INSCRIÇÃO
03807298659

VALIDADE
23/08/2020

EXPIRAÇÃO
18/08/2009

DESCRIÇÃO
Hab. Prod. Perigosa
Hab. Culativa
Exerc. Ativ. Remunerada

Qual. de habilitação de hab. ativa

LOCAL
JARDIM DOS GUARAPES - PE

Arbitragem
24/08/2019

POSTALIDADE
5004474190

1107199125

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN/PE
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA _____ CDD RENAVAM _____ R.T.B. _____ EXERCÍCIO _____
*** ***** **** *

NOME / ENDEREÇO

CPF / CCG PLACA
***** PDP3733

PLACA ANTERIOR/UF CHASSI
9C2KD0800FR017769

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/ MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/NXR150 BROS ESD 2015 2015

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR/PREDOMINANTE
2/6/162 PARTIC PRETA

I _____ COTA ÚNICA (R\$) _____ VENC.COTA ÚNICA _____ VENC./COTAS _____
P _____ FAIXA I.P.V.A _____ PARCELAMENTO / COTAS _____
V _____ 3 x 0.00 _____
A _____

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) ISOF PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO _____

RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Baixa do gravame autorizado pelo Sistema Nacional de Gravames. Agende a vistoria e posterior atendimento de veículo para realização do serviço de Baixa de Gravame apresentando CRV original, fotocópias da identidade e CPF, comprovantes de pagamentos de taxas e multas, se houver. Não sendo o proprietário, apresentar a procuração dentro das normas existentes.

No caso de Leasing, antes dos passos anteriores, siga as orientações do Banco/Financeira, bem como, obtenha os documentos para realizar a Transferência de Propriedade do Veículo.

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

RECIFE LOCAL DATA
VIA INTERNET

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109193 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: fratura de escafoide punho direito

Descrição do exame físico: vítima com bloqueio articular de punho direito, realiza flexão a cerca de 45 graus, extensão a 60 graus, sem prejuízo na função da mão.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia. evoluiu sem complicações Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/03/2020

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086647/20

Vítima: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

CPF: 064.590.524-09

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 07/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO : 064.590.524-09

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: 10/03/2020
Nome: JOAO ANTONIO DA SILVA NETO
CPF: 064.590.524-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOAO ANTONIO DA SILVA NETO

Steffany Carolyn Lins Veloso

**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: **3200109193**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO ANTONIO DA SILVA NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE FIRMINO, 22 - Ribeirão - PE - CEP 55520-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7174840**

Data e local do acidente: [**07/02/2018**] **Jaboatão dos Guararapes, PE**

Data e local do exame: [**20/03/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de escafoide punho direito

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

vítima com bloqueio articular de punho direito, realiza flexão a cerca de 45 graus, extensão a 60 graus, sem prejuízo na função da mão.

III. Nexo 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 conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia. 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
(X) 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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE