

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190689935 Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA

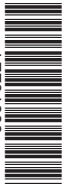
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
---------------------------	---

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.

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, 01 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689935

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: JOSE RAFAEL DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000023203-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689935

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 29/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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: 147.833.904-79 4 - Nome completo da vítima: JOSE RAFAEL 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: JOSE RAFAEL DA SILVA 6 - CPF: 147.833.904-79
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO JOSE DE MOURA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ARCA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 23203 3
(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 (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CECÍLIA - PB / 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 11/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

Hora e data do fato: 17:30H do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10hs30min do dia 29/11/2019.

Local do Ocorrido: PB 150, nas proximidades da cidade de SANTA CECILIA-PB.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSE RAFAEL DA SILVA, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG Nº 4.693.011 SSP-PB, CPF Nº 147.833.904-79, filho de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA DA SILVA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83 981035042.

ACUSADOS: A investigar.

TESTEMUNHAS: a arrolar posteriormente.

HISTÓRICO: Na data e endereço acima citado, o comunicante estava conduzindo uma moto de marca HONDA/CG 125, COR PRETA, ANO MOD 2012, PLACA PEG 9886, CHASSI 9C2JC4110CR301350, LICENCIADA EM NOME DE JOSE HELIO DE SALES, sentido o sítio ZÉ DE MOURA, na PB 150, nas proximidades da residência do SR. Biu RODRIGUES, fora surpreendido por um indivíduo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contrário a colidir de frente com a referida moto; QUE o comunicante informa que veio a cair ao solo inclusive estava com uma pessoa na posição de carona, MARIA GORETE DA SILVA; QUE relata o comunicante que já caiu ao solo desacordado com o forte impacto das motos; QUE diz o comunicante que alguém ligou para o SAMU, quando o SAMU chegou o comunicante estava acordado mas bastante agoniado sofrendo muitas dores, fora feito os primeiros socorros no local, e levado para o HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou hospitalizado oito dias

COMUNICANTE/VÍTIMA

Jose Rafael da Silva
JOSE RAFAEL DA SILVA

COMISSÁRIO DA CIVIL *Moacir Antonio da Silva*
MOACIR ANTONIO DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 147.833.904-79 4 - Nome completo da vítima: JOSE RAFAEL 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: JOSE RAFAEL DA SILVA 6 - CPF: 147.833.904-79
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO JOSE DE MOURA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ARCA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 23203 3
(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 (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CECÍLIA - PB / 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RAFAEL DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000023203-3

Nr. Autenticação

BRADESCO271220190500000000002370083500000002320394500 PAGO



Tarifa: Sochi de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CARTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 15.835.332/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALFREDO MORA OLIVEIRA FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA PAZ

CPF: 945.234.444-04

CENTRO SURIUBIM
SURIUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

7005749888 10/2019

Nº DA NOTA FISCAL 07/07/2019

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2019

APRESENTAÇÃO 07/10/2019

DATA DE VENCIMENTO 07/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ab-og(MWh)	108.2000000	0.81000000	87.55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5.01
Contribuição Pública Municipal			8.54
ICMS Subvenção CDE- NF 000224778-04/07/19			0.78
ICMS Subvenção CDE- NF 073044392-05/09/19			0.80
Multa por atraso- NF 075948294- 04/09/19			1.35
Juros por atraso- NF 075948294- 04/09/19			0.11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
6307014	1-3	04/06/2019 36.129,00	07/10/2019 36.237,00	33 1.00000		108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	23,29
PIS	1,29	1,30
COPONS	5,00	5,52

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição de Energia	R\$	%
Geração de Energia	30,45	31,89%
Transmissão	3,23	3,47%
Distribuição (Celpe)	18,81	20,27%
Perdas de Energia	8,17	8,82%
Encargos Setoriais	4,81	4,95%
Tributos	28,58	30,27%
Total	94,85	100%

Subtotal Impostos

TAXAS APLICADAS

1,5403000

REPERCUSSÃO FISCAL
ERRO 0015 EROU 0007 CDD 7100 PEC 5 BSW

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter informações sobre os dados de consumo e sobre a qualidade do serviço, consulte o site da Celpe. Para obter informações sobre a qualidade do serviço, consulte o site da Celpe. Para obter informações sobre a qualidade do serviço, consulte o site da Celpe. Para obter informações sobre a qualidade do serviço, consulte o site da Celpe.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da Celpe. Para obter informações sobre as condições de fornecimento de energia elétrica, consulte o site da Celpe.

MARIA JADELDA BARBOSA DA SILVA
SITIOSE DE MOURA, S/N - AREA RURAL
SANTA CECILIA/PB CEP: 5843000 (AG: 103)

energisa

Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 4 - 278 - 715 - 890
Medidor: 00009301198
Referência: Out / 2019
Emissão: 09/10/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 032.275.803
Cód. para Deb. Automático: 00013291380

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2019	09/10/2019	07/11/2019	080.426.434-11

UC (Unidade Consumidora): **5/1329138-0**

Canal de contato

* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Conecte o Energisa On? O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe falta de luz, confira se haverá desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas! Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/09/19	6170	09/10/19	6267	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	Valor Base	Base Calc.	Porcentagem	Valor Base	
				Tributado Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Par(Contribuição (R\$)	0,3361 (%)	0,905 (%)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,288030	7,98	7,98	27	2,15	7,98	0,07	0,30
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,459050	31,92	31,92	27	8,92	31,92	0,27	1,23
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	17,000	0,884110	11,82	11,82	27	3,14	11,82	0,10	0,45
0801	Adic. B. Vermelha			2,75	2,75	27	0,74	2,75	0,02	0,11
0801	Adic. B. Amarela			0,40	0,40	27	0,11	0,40	0,00	0,01
0810	Subsídio			39,79	39,79	27	10,74	39,79	0,33	1,54
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			10,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2019			0,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2019			0,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC 09/2019			-0,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	REST. BANDO AMAR. RESIDENCIAL 09/2019			-0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-27,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item: TOTAL 79,23 94,46 25,50 94,46 0,78 5,84
Tarifa de Tributos: Atividade: 0,181770 Atividade: 0,211500 Atividade: 0,487200

Mês	Último mês (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
04		16/10/2019	R\$ 78,23

Histórico de Consumo (kWh)

08	78	80	94	71	82	86	83	71	97	86	117
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20	Sep/20

RESERVADO AO FISCO

2949.892b.c0a9.1d6f.9988.6ea0.91af.e044.

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Unidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIMENSIONAL	13,57	15,25	NOMINAL	220
DIMENSIONAL	27,15			
DIMENSIONAL	54,31			
DIMENSIONAL	7,97	3,00	CONTRATADA	202
DIMENSIONAL	15,94		Limite Superior	221
DIMENSIONAL	31,88			
DIMENSIONAL	7,40	6,43		
DIMENSIONAL	18,80			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PS	14,28	18,12
Compra de Energia	18,50	23,67
Serviço de Transmissão	2,12	2,69
Encargos Setoriais	2,15	2,73
Impostos Diretos e Encargos	41,41	52,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	78,76	100,00

Valor de EUSD (Ref. 9/2019) R\$ 12,26

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) do(s) mês(es) anterior(es) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 24/10/2019, conforme Resolução 614 da ANEEL. O pagamento após esse data não garante a possibilidade de devolução do fornecimento. Caso o cliente não seja comunicado das contas pagas não estarão na unidade consumidora para comprovação. Caso o cliente efetuar o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidera-se esta mensagem.
- Fatura sujeta a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$27,19.
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Sep/19 83,25

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 07210.614173 1 80440000007823

PAGADOR: MARIA JADELDA BARBOSA DA SILVA - CPF/CNPJ: 080.426.434-11
SITIOSE DE MOURA, S/N - AREA RURAL - SANTA CECILIA/PB CEP: 5843000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120007210614	001329138201910	16/10/2019	R\$ 78,23	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.095.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE RAFAEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 147.833.904 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE RAFAEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 147.833.904 / 79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>RUA JOAO BATISTA</u>		Número	<u>370</u>	Complemento	<u>enasa</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SURUBIM</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email	_____		Telefone comercial(DDD)	81-99665-0454		
			Telefone celular (DDD)	81-98133-5022		

SURUBIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

1787772 150719 1749

Claudete

Ednaldo

*

Cobra moto x moto

* 18
João Rebel de Silva
PB 150 Ste Cecilia

Elma Graya Willyan



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Modelo Atestado Médico

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

CNPJ: 08.
Data: 22/07/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que , a pedido do(a) Sr.(a) **JOSE RAFAEL DA SILVA** portador(a) da Identidade RG: **4693011** portador(a) da patologia CID-10 **S623**.Esteve interno (a) neste Hospital no período de **15/07/2019** a **22/07/2019**, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades por um período de **45** dias, a partir desta data.

CAMPINA GRANDE - PB 22/07/2019

Dr. Wagner Falcão

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 5643

Médico: Wagner De Melo Falcao

AUTORIZAÇÃO

Eu **JOSE RAFAEL DA SILVA** , autorizo o (a) **Dr.(a) Wagner De Melo Falcao** , a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado legal.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1944659

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: JOSE RAFAEL DA SILVA

CEP: 58463000 Nascimento: 07/03/2001

Endereço: JOSE DE MOURA

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Santa Cecilia

Idade: 018

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JADEILDA BARBOSA DA SILVA

RG: 4693011

Nº: 0

Responsável:

CPF: 14783390479

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: União Estável

Data de Atend: 15/07/2019

CNS: 706803719282321

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 20:10:21

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Certo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de contusão
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Paratoma
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto - moto sem capacete, porém, não usou cinto de segurança e vomitou. Trajido pelo EMTU, não sofreu nenhuma lesão. Repete dor em mão e pé direitos, sangramento nasal.

A: via aérea, permeável e cervical indolor. B: expansibilidade pulmonar normal.

MEDICAMENTOS:

Fenobarbital

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

C: pulso perifericos cheios, presentes e simétricos. E: laceração em região de frente, dor em mão e pé.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: () Radiografias: () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia 15/07/19 às : Dia / /

Especialista: BMF 15/07/19 às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Fenobarbital 200 mg/ml : 1/2 ampola, 14, oxigeno	15/07/19
2	Hidrocortisona 200 mg/ml : 1/2 ampola, 14, oxigeno	15/07/19
3	Fenazone 0,5 FA, 14, 14, 14	15/07/19
4	S.O.S. 1000 - 14, 14, 14	15/07/19
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

15/07/19



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 15/07/2019

Data: 15/07/2019

Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA Idade: 018 N° ATEND: 1944659

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 15/07/2019 HORA : 20:15:32

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO

DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

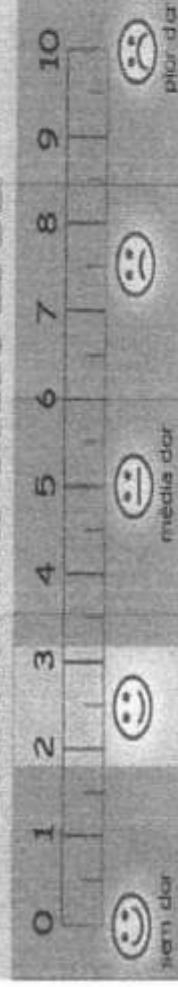
AValiação NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS: SAMU ALCANTIL

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

João Ricardo de Sousa

PRONTUÁRIO:

344453

DATA DE NASCIMENTO:

07/03/2001

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
<i>17</i>	<i>M</i>					<i>C</i>	<i>2</i>

DADOS CLÍNICOS:

Lesão operatória

Perfuro para colocação de dreno em região do abdome inferior.

ULTRASSONOGRAFIA

MATERIAL A EXAMINAR:

Realizada em:

19/07/19

EXAME SOLICITADO:

Ulc MTD Total

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

19/07/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Ianiel Thiago da S. Peixoto

MEDICO RESIDENTE

CIRURGIA

CRM 9568/PB

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQ E PÉ ESQ

Diagnostico Pós-Operatório: FRATURA EXPOSTA GRAVE DA MÃO ESQ E PÉ ESQ

Cirurgia: TTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA DA MÃO E PÉ ESQ

Data da Cirurgia: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: DR BRENO TORRES

Aux 1: DRA. ANA MARIA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: DR ALISSON

Tipo de anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL ESQ + PENTABLOQUEIO DO PÉ ESQ

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

- 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
 - 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 - 3- CAMPOS ESTÉREIS
 - 4- TTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQ (LIMPEZA MECANICO CIRURGICA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS DE KIRSCHNER).
 - 5- SUTURA E TALA GARRAFA
 - 6- AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO DO PÉ, DESBRIDAMENTO E LIMPEZE MECANICO CIRURGICA COM SF 0,9% ABUNDANTE)
 - 7- SUTURA
 - 8- CURATIVO
 - 9- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL - CONDUZIR LESÃO HEPATICA.
-

DATA: 06/07/2019

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jose Rafael da Silva DN 04/03/2001
 QI LÉITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO
 Sala 03 SUS 18 anos 1944659



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
 Emergência e Trauma Dom
 Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Tto. em Fratura exposta CIRURGIÃO
 da mão Dr. Bruno
 ANESTESIA ANESTESIA
 Bloqueio de Plexo Dr. Alisson
 INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM
 16/07/19 2h40 03:44

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande e ^a		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido 1/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
Qtd.	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio 1/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
Qtd.	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
Qtd.	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral n°			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25x7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque n°				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar |
| <input type="checkbox"/> Serra | <input type="checkbox"/> Eletrocautério |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019

Data da Alta: 22/07/2019

Registro: 1944753

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: RFFP

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RFFP

Data: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: BRENO COUTINHO TORRES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: ATB + AINE + RETORNO AMBULATORIAL

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Alta Administrativa

Data: 22/07/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner De Melo Falcao

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner De Melo Falcao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
	NOME	
	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
	DOC. EXISTENTE / CDS. EMISSOR / UF	
	3092028 SSP PE	
	CPF	
574.940.534-68		
DATA NASCIMENTO		
04/06/1968		
FUNÇÃO		
ANARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO		
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		
POPULADO	ACC	CAT. HAB.
		AD
Nº REGISTRO	VALIDADE	Nº HABILITAÇÃO
01410781200	15/12/2020	25/09/1986
OBSERVAÇÕES		
A		
		
LOCAL	DATA EMISSÃO	
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE	16/12/2015	
		47587078291
		PE070298467
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219484604

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1219484604

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015100742139
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 330133583 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE HELIO DE SALES

OLINDA-PE

CNPJ / CPF 251.824.228-72

PLACA REG9936

PLACA ANT. / UF ***** / PE

CHASSI PC2JC4110CR301350

ESPECIE TIPO EL3 / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CL. 125 / 124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA 1 *****

PARCELAMENTO / COTAS 1 *****

2 *****

3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 19/03/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

OLINDA

DATA 09/10/19

DIRETOR GERAL

EXEMPLAR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESAR DE TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

JOSE HELIO DE SALES

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0

OLINDA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/10/19

VIA

CNPJ / CPF 251.824.228-72

PLACA REG9936

RENAVAM 330133583

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011

DEL. DEF.

CHASSI PC2JC4110CR301350

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) 35.03

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.22

TOTAL BILHETE PRÉ-SEGURO 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.549.902/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESAR DE TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

CPF: 147.833.904-79

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE RAFAEL DA SILVA : 147.833.904-79

Autorização de pagamento

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: 10/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689935 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA MÃO E PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MÃO:FIOS DE K/ PÉ:DESBRIDAMENTO-PAG 7) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689935 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA MÃO E PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MÃO:FIOS DE K/ PÉ:DESBRIDAMENTO-PAG 7) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	JOSÉ RAFAEL DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	4.693.011 - SDS/PB.
DATA DO ACIDENTE:	15/07/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	JOSÉ RAFAEL DA SILVA
ENDEREÇO:	Sítio José de Moura, s/n, Área Rural de Santa Cecília (PB).

OUTORGADO

NOME-	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE-	BRASILEIRA
PROFISSÃO-	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE-	3092028 - SDS/PE e CPF - 574.940.534/68
ENDEREÇO-	RUA JOÃO BATISTA, nº 370, Centro, SERRA (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



SANTA CECÍLIA - PB 02 DE DEZEMBRO DE 2019



José Rafael da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(CONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório de Registro Civil

de Tabelionato de Notas

Santa Cecília-PB

Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira

Oficiala e Tabeliã

CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS DE STA CECÍLIA
Rua Manoel Rodolpho Sales, S/N, Centro, Santa Cecília - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

José Rafael da Silva

Dono de: Santa Cecília PB - 02/12/2019

Notário: Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira

Selo Digital: A/K89269-1/ASX

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpo.pb.br>

Emol: R\$ 9,91 Forpén: R\$ 0,29 MP: R\$ 0,16 Forp: R\$ 1,98

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

CPF: 147.833.904-79

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE RAFAEL DA SILVA : 147.833.904-79

Autorização de pagamento

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: 10/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

Número do Sinistro: 3190689935

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 147.833.904-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa