

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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:

<b>Comprovante de residência</b>	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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15738455

# 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:	8 - Endereço:	Sítio JOSE DE MOURA		9 - Número:	S/N
11 - Bairro:	12 - Cidade:	SANTA CECÍLIA		13 - Estado:	PB
15 - E-mail:				14 - CEP:	58 463 000
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  4 CONTA:  23203 (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vei nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

*José Rafael da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 individuo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contrario 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 Antônio 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:	8 - Endereço:	Sítio JOSE DE MOURA		9 - Número:	S/N
11 - Bairro:	12 - Cidade:	SANTA CECÍLIA		13 - Estado:	PB
15 - E-mail:				14 - CEP:	58 463 000
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  4 CONTA:  23203 (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

*José Rafael da Silva*

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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

BRADESCO2712201905000000000237008350000002320394500 PAGO



Licença: MONOPÓLIO  
Clt/36c RES MTC B1/ RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Rotep: 4- 278- 715- 260  
Referência: Out / 2019  
Medidor: 00008301198  
Emissor: 09/10/2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25- Cristo Redentor- João Pessoa/ PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0  
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°032.275.603  
Cód. para Déb. Automático: 00013291380

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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.  
Conheça o Energisa On7! O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe fato 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	Leritura	Data	Leritura							
08/09/19	8170	08/10/19	8287							
<b>Demonstrativo</b>										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alq. (R\$)	ICMS (R\$)	Exte.Calc. (R\$)	Fixo (R\$)	ICMS/Fix (R\$)	ICMS/Fix (R\$)
0801	Consumo ate 30kWh-BR	30.000	0,366030	7.08	7,88	27	2,15	7,98	0,07	0,30
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,456050	31,22	31,92	27	8,82	31,92	0,27	1,23
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	17.000	0,684110	11,82	11,62	27	3,14	11,62	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	Subtotal			38,78	38,78	27	10,34	38,78	0,93	1,54
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM.PÚBLICA		10,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2019		0,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2019		0,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSACAO POR INDICADOR-DIMC 08/2019		-0,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	REST. BAND/AMAR. RESIDENCIAL 08/2019		-0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução de Súbito		-27,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do item TOTAL 79,23 94,46 26,50 94,46 0,78 3,84										
Tarifa e/ou Tributos: ATé30kWh: 0,366030 AN100kWh: 0,456050 AN220kWh: 0,684110										

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
84	16/10/2019	R\$ 78,23
<b>Histórico de Consumo (kWh)</b>		
88   76   80   94   71   82   26   83   71   97   88   117		
Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fever/19 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/19 Ago/19 Set/18		

**RESERVADO AO FISCO**

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

Indicadores de Qualidade 8/2019-Últimos			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DICMENAL	13,87	15,25	Serviços de Dist. da Energisa/RS	14,28	18,12
DICTRIMESTRAL	27,15		Comprada Energia	18,80	23,87
DICANUAL	54,31	NOMINAL	Serviço de Transmissão	2,12	2,69
FICMENAL	7,97	3,00	Encargos Sistêmico	2,15	2,73
FICTRIMESTRAL	15,94		Impostos Diretos e Encargos	41,41	52,58
FICHANUAL	31,88	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DIMC	7,40	8,43	Total	78,76	100,00
DICR	18,80	LIMITE SUPERIOR			

Valor do EU00 (Ref. 8/2018) R\$ 12,36

**ATENÇÃO**

- RENAVADO DE VENCIMENTO: Caso a fatura/ata ao lado/ata/conta/ata permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 24/10/2019, conforme previsão do 414 da ANEEL. O pagamento dessa data não elimina a prissimidade da devolução suspenso do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado da mesma forma não estarei na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento dessa fatura/ata, acione o desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tenho um desconto de R\$27,16. - Leitura confirmada.

**Faturas em aberto**

Set/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  
SIT.JOSÉ DE MOURA, S/N - ÁREA RURAL- SANTA CECILIA / PB CEP: 58483000

Nº do Documento	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
25249120007210614	001329138201910	16/10/2019	R\$ 78,23	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40  
Br 230, Km 25- Cristo Redentor- João Pessoa / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3084-3/2447-3

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP: órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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

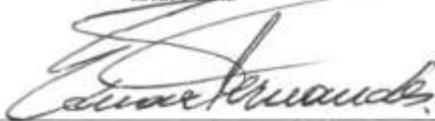
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA JOAO BAPTISTA</u>		Número	<u>370</u>	Complemento	<u>ensa</u>	
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SUROBIM</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55750-000</u>
Email	_____	_____	_____	Telefone comercial(DDD)	<u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD)	<u>81-98133-5022</u>

SUROBIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

1787772 Claude 19 1749

Edmado

Colas moto moto  
X Regal de Siria  
PB 150 sta Cecilia

17

A

Graa Sonja Willyan





## 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









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

NOME: *Renato*

PRONTUÁRIO: *344453*  
DATA DE NASCIMENTO: *04/03/2004*

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
1							

DADOS CLÍNICOS:	<i>Renato</i> Cirurgia Cirurgia de coluna vertebral.
	<u>ULTRASOM</u> Realizada em: <i>19/09/16</i>

MATERIAL A EXAMINAR:	<i>Ureto</i>
	<i>linkel Thiago da S. Peixoto</i> MEDICO RESIDENTE CRM 9568/PB

URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ROTNNA: <input type="checkbox"/>
DATA:	<i>06/11/16</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO: <i>10h01</i>

*RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO*

## DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

---

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

---

Diagnóstico 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 LIMPEZA 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  
QD LÉITE Sala 03 SUS CONVÉNIO IDADE 18 anos REGISTRO 1444659

CIRURGIA TTO-en. Fratura exposta  
da mot

ANESTESIA

Blockade de Plios

INSTRUMENTADORA

DATA 16/07/19

CIRURGIA

Dr. Bruno

ANESTESIA

Dr. Alison

INICIO 2h40

FIM 03:44

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Óxg.		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonolide		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	Prolene Serfix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5	Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5	Vicryl Serfix	
	Glicose amp		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SOROS
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG Ring fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml
	Stuplanion amp.		Sonda folley		SGI onda Sonda
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		
			Sonda Uretral n°		
			Steridrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			<input type="checkbox"/> Serra
	Aguilha desc. 3 x 4,5				<input type="checkbox"/> Desfibrilador
	Aguilha p/ raque n°				<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal
	Álcool de Enfermagem				<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Álcool Iodado ml				<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Ataduras de Crepon				<input type="checkbox"/> Oxicardiograma
	Ataduras de Gessada				<input type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Azul metílico amp.				<input type="checkbox"/> FONTE de Luz
	Benzina ml				<input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



# 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:

Infeção 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 DA INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE

DETAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA - CÓD. RENAVAM - Nº 015100742139  
1 390133553 R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO  
\*\*\*\*\* 2019

JOSE MELIC DE SALES

OLINDA-PE

CPF/CNPJ  
251.824.226-72

PLACA  
PEG9886

PLACA ANT/UE  
00000000/EE CHASSI  
SC2JC6110CR301356

ESPECIE TIPO  
EX-3 /MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB.  
2011 ANO MOD.  
2012

CAP/POT/GIL  
25/129CL CATEGORIA  
PARTIC COR PREDOMINANTE  
PRETA

IPVA 2018 VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
FACIA IPVA PARCELAMENTO / COTAS  
A 1. 2. 3.

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
50,11 0,32 54,58 19/03/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

OLINDA Roberto Sales DATA  
09/10/19

REGULAMENTO MÍNIMO DE PREÇOS  
DETRAN-PE E EMISSOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

JOSE MELIC DE SALES

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

OLINDA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 09/10/

VIA CPF/CNPJ PLACA  
251.824.226-72 PEG9886

RENAVAM MARCA/MODELO  
390133553 HONDA/CG 125 FAN KS  
ANO FAB. CHASSI  
011 09 SC2JC6110CR301350

PRÉMIO TARIFÁRIO  
R\$ (R\$) DEPARTAMENTO (R\$) CUSTO DO SEGURO  
36,03 0,01 40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PRECO  
4,18 0,22 44,58

PAGAMENTO  
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAC  
19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CRÉDITO 00.210.0000001-04

RESERVA DE GUARDA - ESTADOS DE  
SILHÉ, MARAÚ, 33 BORTOLO, CEARÁ, CEARÁ

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

**Vítima:** JOSE RAFAEL DA SILVA

**CPF:** 147.833.904-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE RAFAEL DA SILVA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## 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](http://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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190689935  
**Vítima:** JOSE RAFAEL DA SILVA

**Cidade:** Santa Cecília  
**Data do acidente:** 15/07/2019

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/12/2019

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# 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: <u>José Rafael da Silva</u>
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>
IDENTIDADE: <u>4.693.011 - SDS/PB.</u>
DATA DO ACIDENTE: <u>15/07/2019</u>
COBERTURA: <u>INVALIDEZ</u>
VÍTIMA: <u>José Rafael da Silva</u>
ENDEREÇO:
<u>Sítio José de Moura, s/n, Área Rural de Santa Cecília (PB).</u>

### OUTORGADO

NOME: <u>EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES</u>
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>
PROFISSÃO: <u>Funcionário Público Aposentado</u>
IDENTIDADE: <u>3092028 - SDS/PB e CPF - 574 940 534 /68</u>
ENDEREÇO:
<u>Rua João Batista, nº 370, Cecília, Serrinha (PB).</u>

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



Santa Cecília - PB 02 DE DEZEMBRO DE 2019



José Rafael da Silva

CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS DE STA CECILIA  
Rua Manoel Rodopiano Sales, s/n, Centro, Santa Cecília - PB

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

José Rafael da Silva

Dom fl. Santa Cecília PB - 02/12/2019

Notário: Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira

Selo Digital: AJK89204-3ASX

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 0,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,98

### 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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

**Vítima:** JOSE RAFAEL DA SILVA

**CPF:** 147.833.904-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE RAFAEL DA SILVA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## 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](http://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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**CPF:** 147.833.904-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/07/2019

**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](http://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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa