

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10723013

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170161776 ASL-0109358/17

Vitima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Data Acidente: 05/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência ilegível
- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2017

Carta nº: 10723635

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170161776 ASL-0109358/17

Vitima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Data Acidente: 05/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2017

Carta nº: 10811554

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170161776 ASL-0109358/17

Vitima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Data Acidente: 05/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11156320

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170161776 ASL-0109358/17
Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
Data Acidente: 05/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11535052

A/C: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170161776 ASL-0109358/17
Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
Data Acidente: 05/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 00000120732-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.989.296 EXPEDIDO POR SDS PE EM 17/03/2014
CPF 763624059-91 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSAR
E RENDA MENSAL DE R\$ REGULAR (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 "T14"



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR 2017

SEGURO DPVAT

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SÃO LOURANÇO 09 de MARÇO de 2017

LOCAL E DATA

Valério Teixeira de Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidade permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.989.296 EXPEDIDO POR SAS - PE EM 17-10-2017
CPF 163629859-90 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO REVISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ REVISTA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Sistema Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta sem o envio do comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0836 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 120732

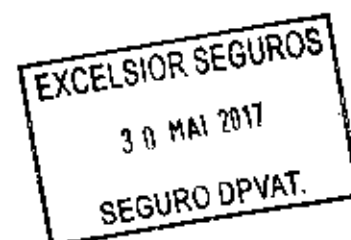
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SÃO LOURENÇO 29 de MAIO de 2017
LOCAL E DATA

Valério Teixeira de Lima
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





DOCUMENTO 1 *T196*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0128000798**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2017** às **16:02**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
5/3/2017 no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (bairro), 01, AVENIDA DOUTOR FRANCISCO
CORREIA EM FRENTE AO POSTO TRAJANO - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA
MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EMPRESA 1002 (OUTRO)
VALERIO TEIXEIRA DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
BRINQUEDOS / JOGOS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

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

**VALERIO TEIXEIRA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ODETE MARIA DE LIMA Pai:
VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA Data de Nascimento: 28/9/1970 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PIXETE (BAIRRO), 86, RUA NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro:
PIXETE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

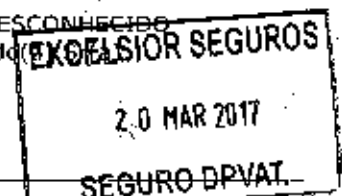
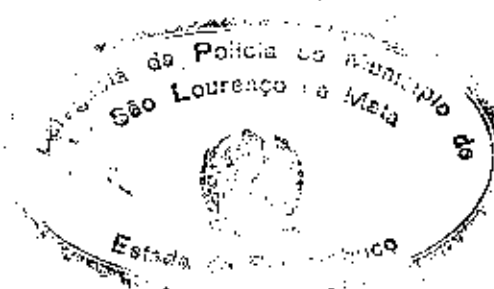
**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

EMPRESA 1002 - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone
de Contato: -

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

BICICLETA (BRINQUEDOS / JOGOS) de propriedade do(a) Sr(a): **VALERIO TEIXEIRA DE LIMA**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **VALERIO TEIXEIRA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA /NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

ÔNIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMPRESA 1002**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

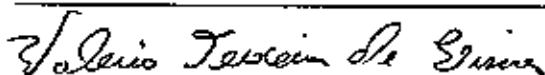
Categoria/Marca/Modelo: **ÔNIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

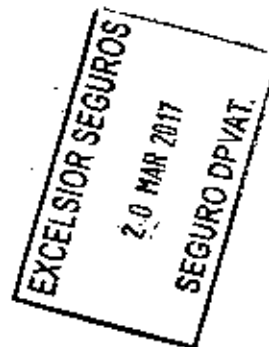
ALEGA A VÍTIMA VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMA QUE NO DIA 05 DEC MARÇO DE 2017 ESTAVA NA VIA PÚBLICA CONDUZINDO SUA BICICLETA QUANDO NO POSTO TRAJANO FOI ATROPELADO POR UM ÔNIBUS DA EMPRESA 1002 DE PLACA, NUMERO DE ORDEM E LINHA NÃO ANOTADOS PELA VÍTIMA. A VÍTIMA ACRESCENTA QUE O AUTOR FOI EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO MAS A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO BOMBEIROS MILITARES PARA UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E LUXAÇÃO NO JOELHO ESQUERDO

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


VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDICLEY PRADO DE ARRUDA** - Matrícula: **296831-2**


296831



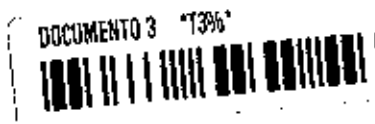
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2.989.296 e inscrito no CPF/MF sob o nº 7.63.624-854-91 residente e domiciliado na RUA NOVA ESPERANÇA, 80A - CENTRO Cidade SÃO LOURENÇO DA MATA Estado PERNAMBUCO, dedaro, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

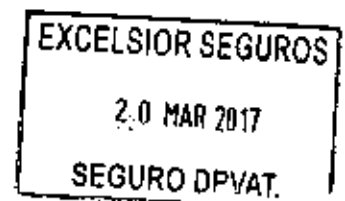
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Valério Teixeira de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



SÃO LOURENÇO 9-03-2017

Local e data

Atendimento: 780308

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/03/2017 17:56

Especialidade: CLINICA GERAL

0118

Paciente: 58950 VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 28/09/1970 Idade: 46 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ODETE MARIA DE LIMA

Nome do Pai: VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Endereço: NOVA ESPERANCA

86

Bairro: PIXETE

Cidade/UF: SAO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54730690

Usuário Atendimento: GLEYCEKSV

RG (Identidade): 2.989.296

SSP/PE

Data de Emissão: 29/05/1987

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86867191

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18h

Queixa Principal

Paciente foi atropelado pelo onibus, paciente usava cinto de segurança, aconteceu as 16h. evoluindo com afasia e contusões.

DOCUMENTO 2 "T29"

Exame Físico

Enunciado: Efetuado para avaliar a lesão em joelho. Estado consciente e orientado E16.15. A.W / A.K. N.D.A.

Hipótese Diagnóstica

1) TCE.
2) luxação em joelho

Conduta Terapêutica

1) Transferido - AK S24807 A.O. Miguel TAC. Nomenclatura

Prescrição Médica

1) Area Ambulatório
3) tramal 100mg 01cp + 500 e SF 0197 EV
4) Ondansetrona - 01cp + 500 EV 1850

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: Dr. Marcelo André Medico CRM 21250 EV aberto Senha: 20

Carimbo Médico

Usuario Triagem: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA

CONFERIDO
DO PEDIDO
ASS. _____

CONFERIDO

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: 18/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000120732-1

Nr. da Autenticação 2D2B0A6AC106B6D7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMARG nº 2.989.296, data de expedição 17/03/2014 Órgão SDS-PE

CPF nº 763.624.854-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA NOVA ESPERANÇA</u>
Número	<u>86</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SAO LOURENÇO DA MATA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54730-080</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99795-1502/98480.9503</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO LOURENÇO 09-03-2014Assinatura do Declarante: x Valério Teixeira de Lima

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

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 01422
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ODETE MARIA DE LIMA CPF: 022.097.394-62 NIS: 16573293003		DATA DE VENCIMENTO 11/07/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 38,36		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/07/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/07/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000129368		CONTA CONTRATO 000276499017 Nº DO CLIENTE 2002203237 Nº DA INSTALAÇÃO 0003821904	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NOVA ESPERANCA 86 A CENTRO/SÃO LOURENÇO DA MATA 54730-090 SÃO LOURENÇO DA MATA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 246A.50CC.A6F6.E121.C16A.598A.E9B0.9A81 81 9795-1302					

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17823778	5,34
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,30555048	19,55
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,11
Contribuição Iluminação Pública			9,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 000047519-03/05/17			0,85
Multa por atraso-NF 000190779 - 02/06/17			0,60
Juros por atraso-NF 000190779 - 02/06/17			0,07
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			38,36

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	0,00	25,00	1,40	25,00	6,50



EXCELSIOR SEGUROS
Comprovante de residência



Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo R\$ 30 kWh 0,18413700

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,28141200

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUL 17		94
JUN 17		104
MAI 17		117
ABR 17		109
MAR 17		105
FEV 17		78
JAN 17		79
DEZ 18		108
NOV 18		103
OUT 18		113
SET 10		97
AGO 15		101
JUL 18		115

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	9,27	37,08
Transmissão	0,87	3,88
Distribuição (Cabo)	8,01	32,04
Encargos Sotetaria	2,38	9,52
Tributos	1,97	7,88
TOTAL	25,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
G37355	CAT	02/06/2017	6.349,00	04/07/2017	6.643,00	32	1,00000	0,00	94,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/2017					
DIC-Nº.de horas sem Energia	SÃO LOURENÇO DO	0,00	0,31	0,92	21,25
FIC-Nº.de vezes sem Energia	MATA	0,00	3,38	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMIC 12,22
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,55					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DMIC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%R\$es. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
Isenção do ICMS conforme art. 9. XLVIII a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,25.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na leitura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL[V]	LIMITE DE VARIAÇÃO[V]	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

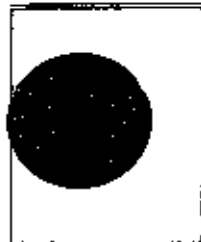
DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000276499017	07/2017	38,36	11/07/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

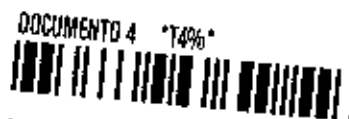
Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/03/2017 17:08



Nome Paciente: VALERIO TEIXEIRA DE LIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/09/1970
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: 0114
Convênio: -
Atendimento:
SAME:



Período: 05/03/2017 17:19 - 05/03/2017 17:20

JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NÃO URGENTE VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCTE COM ESCORIAÇÃO EM MIE E FACE APOS ATROPELAMENTO AGORA.

Observação:

HAS-
DM-
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

2.0 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/03/2017 17:20

Atendimento: 780302

Senha da Classificação:

0114

Data e Hora: 05/03/2017 17:22

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 58950 VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 28/09/1970 Idade: 46 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ODETE MARIA DE LIMA

Nome do Pai: VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: NOVA ESPERANÇA

86

Bairro: PIXETE

Cidade/UF: SÃO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54730690

Usuário Atendimento: JOAORCS

RG (Identidade): 2.989.296

SSP/PE

Data de Emissão: 29/05/1987

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86867191

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente com queixas de dor em face, torax e joelho (E). Trazido pelo COBOH com relato de trauma log. Paciente alcoolizado e pouco cooperativo.

Alergias: Ø.

Exame Físico

Escoriações em face.

ADM, força, exame N-V, marcha e msc. extensor preservados.

Hipótese Diagnóstico

Dor em membro.

Contusão face e torax.

Conduta Terapêutica

Medicação + consulta + alta da traumatologia + curativo.

A - Clínica Médica (trauma facial e torácico)

Prescrição Médica

Curativo

Profenid 0,5% IM.

77-55-
COMENRE 001717914
Téc. Enfermagem
Eder Lima

EXCELSIOR SEGUROS

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório (43 Residência

Transferido:

Para:

Dr. Marcelo Patriota
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.807/PE

Carimbo/Médico

20 MAR 2017

Senha: SEGURO DPVAT.

Usuário Triagem: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA



Atendimento: 780308

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/03/2017 17:56

Especialidade: CLINICA GERAL

Paciente: 58950 VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 28/09/1970 Idade: 46 anos

Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ODETE MARIA DE LIMA

Nome do Pai: VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Endereço: NOVA ESPERANCA

86

Bairro: PIXETE

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Cep: 54730690

Usuário Atendimento: GLEYCEKSV

RG (Identidade): 2.989.298

SSP/PE

Data de Emissão: 29/05/1987

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86867191

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18h

Queixa Principal

Paciente foi atingido pelo ombro, parte interna e
bexiga, aconteceu as 16h. evoluiu com afasia
e tonturas.

Exame Físico

Enxofres em face.
Sintomas para o ombro pela dor em joelho
Estado consciente e orientado E6. 15
AC/AR/AN.

Hipótese Diagnóstico

1) TCE.
2) luxação em joelho

Conduta Terapêutica

1) tranqüilizante - AK 541807 1º. Miguel TAC.

Prescrição Médica

1) Area Ambulatório
3) tramal 100mg 01cp + 500mg 500mg EV
4) Ondansetrona - 01cp + 500mg EV 1850

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: EV aberto Senha:

Carimbo Médico

Usuario Triagem: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA

CONFIRMADO
DO PERÍDO
ASS.

CONFIRMADO

26/03/2017
09:05
10:05

Solicito avaliação da Ortopedia.

Juliana Araújo
Médica
CRM-PE: 24919

11:15

Realização

Paciente refere dor em HTD.

Ao exame, EGB, consciente, orientada

ACV: RCR em 2T, BNF, S/S.

AR: MV+ em AHT, S/RA. Não palpo enfisema subcutâneo.

CD. ① Tramadol - 0,1amp + SF09% 100% 4, EV. 1130

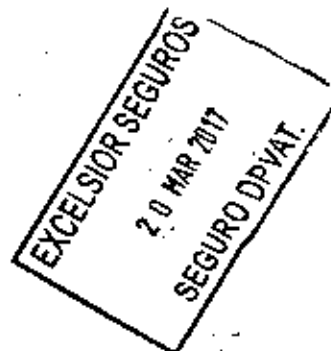
② Alta após medicação.

③ Libero dieta livre.

CONFERIDO
DO MEDICO
SS. [Assinatura]

Juliana Araújo
Médica
CRM-PE: 24919

Swann de Andrade
Enfermeiro
COREN-PE 468241



CRM 5320
20/03/2017
07:15:40



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 05/03/17 HORA: 22:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Valerio Teixeira de Lima Número do Atendimento: _____
Idade: _____ Acompanhada por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Paciente vítima de atropelamento

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonares () Outras _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Aclanótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Afebril () Febril T. AXILAR= _____ °C FR _____ IPM Sat O2= _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ x _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () Acelta bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravídico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Fintas () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico () EMATIA Aspecto: () Hematêmase () Cor _____

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SYA () Sinais de desidratação () Injeção () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____

EXCELSIOR SEGUROS

2.0 MAR 2017

SEGURO DPVAT

Marcia Mota
Enfermeira
COREN-PE 362.808

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/03/2017 17:47



Nome Paciente: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/09/1970
Sexo: Masculino
Idade: 46
Senha: 0118
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/03/2017 17:48 - 05/03/2017 17:48

JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCTE COM ESCORIAÇÃO EM FACE APOS ATROPELAMENTO AGORA

Observação:

HAS-
DM-
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade:

CLINICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

Acolhido(a) por: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/03/2017 17:48

Forma de Acolhimento com Classificação de Risco



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Valério Teixeira de Lima Registro: 780308

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: () DIURNO (X) NOTURNO DATA: 05/03/2017

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO () SNG	() SNE	() Dieta Zero
Padrão Respiratório	() Eupneico	() Dispneico	
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativos	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
06:00	118X77	-	65	-	72	-	<u>Julia Edinete</u>

Técnico de Enfermagem: _____

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: () DIURNO () NOTURNO DATA: ____/____/____

Estado Geral	() Regular	() Grave	() Gravíssimo
Dieta	() VO () SNG	() SNE	() Dieta Zero
Padrão Respiratório	() Eupneico	() Dispneico	
Acesso Venoso	() Periférico	() Central	Local: _____
Curativos	() Sim	() Não	Local: _____
Drenos	() Sim	() Não	Local: _____
Evacuações	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____
Diurese	() Presente	() Ausente	Aspecto: _____

Observações: _____

EXCELSIOR SEGUROS

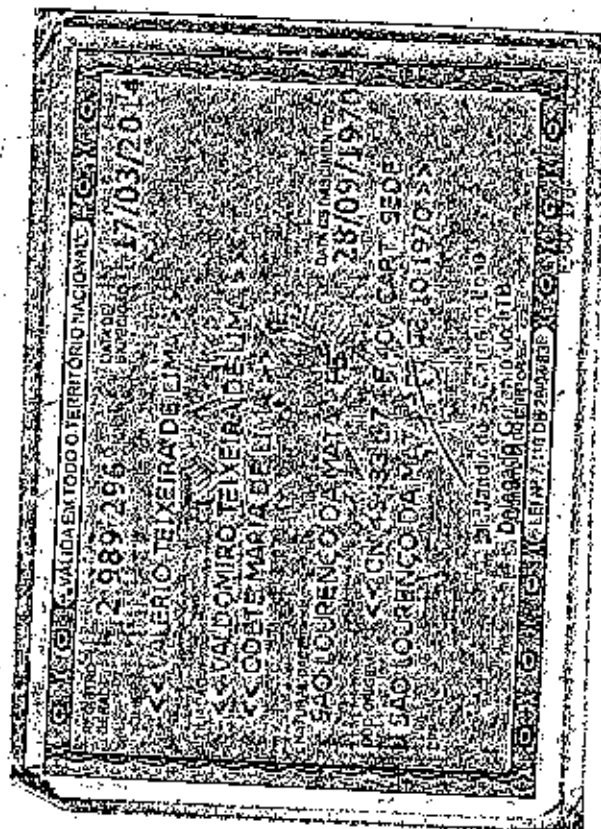
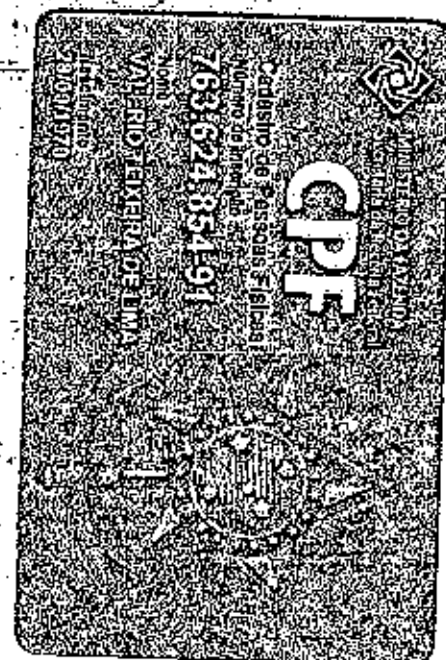
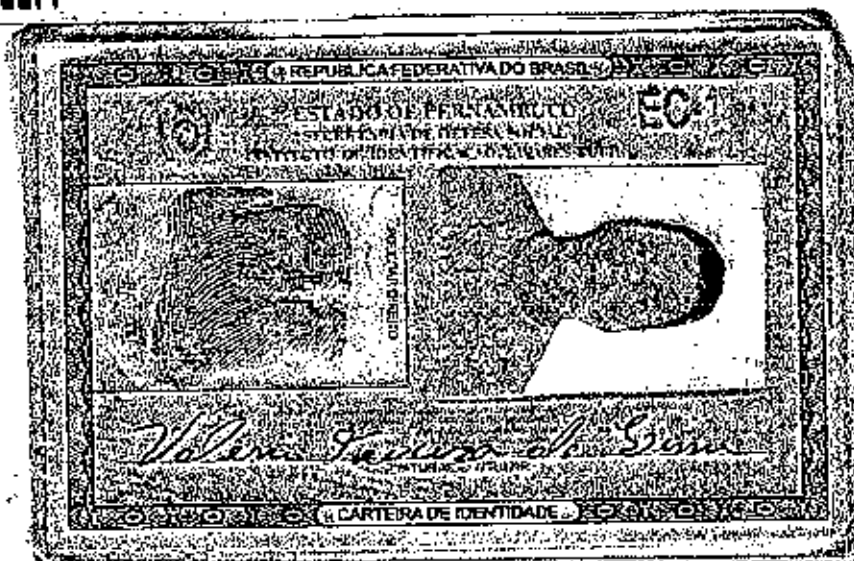
20 MAR 2017

SEGURO DPVAT

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____



EXCELSIOR SEGUROS

2.0 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

DOCUMENTO 1 "T196"



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

763.624.854-91

Nome
VALÉRIO TEIXEIRA DE LIMA

Nascimento
28/05/1970

EXCELSIOR SEGUROS
03 ABR 2017
SEGURO DPVAT.

Valério Teixeira de Lima

ESTADO DE PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO Nº 2.989.296	DATA DE EXPIRACÃO 17/03/2014
NOME << VALERIO TEIXEIRA DE LIMA >>	
FILIAÇÃO << VALDOMIRO TEIXEIRA DE LIMA >> << ODETE MARIA DE LIMA >>	
NATURALIDADE SAO LOURENÇO DA MATA - PE	DATA DE NASCIMENTO 26/09/1970
DOC. ORIGIN: << CN. 46483 L. 74 F. 40V CART. SEDE SAO LOURENÇO DA MATA - PE 02.10.1970 >>	
DE JENYR DO S. CRISTÓFARO LIMA Delegado Geral do RFB LEI Nº 7.112 DE 20.06.2010	

EXCELSIOR SEGUROS
03 ABR 2017
SEGURO DPVAT.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Valéria Teixeira de Lima
DATA DO ACIDENTE 05/03/17 CPF DA VÍTIMA 763.624.854-91
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTILHA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUÍMICAS
() DESPESAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/03/17

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05/03/17

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109358/17
Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
CPF: 763.624.854-91

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/03/2017
Titular do CPF: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

Outros



VALERIO TEIXEIRA DE LIMA : 763.624.854-91
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.



Portador da documentação entregue

Data: 12/07/2017
Nome: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA
CPF : 763.624.854-91

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 12/07/2017
Nome: DANIELLE BARROS LEITE
CPF: 083.662.514-54

VALERIO TEIXEIRA DE LIMA

DANIELLE BARROS LEITE

**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

Nome do(a) Examinado(a): **VALERIO TEIXEIRA DE LIMA** Sinistro: **3170161776** Data: **05/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Nova Esperança, 86, A - Centro - São Lourenço da Mata - PE - CEP 54730-080**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS / PE**] **2989296**

Data local do exame: [**14/08/2017**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Traumatismo craniano leve. Trauma contuso em face, tórax e joelho esquerdo. Entorse do joelho esquerdo. Vítima refere dor no joelho esquerdo aos esforços. Ao exame, apresenta discreto edema com limitação residual da flexão do joelho esquerdo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do joelho e analgesia, além de curativo das feridas.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 276.999.874-72
CBO: 3621-10

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170161776 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO TEIXEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 05/03/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano leve. Trauma contuso em face, tórax e joelho esquerdo. Entorse do joelho esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor no joelho esquerdo aos esforços. Ao exame, apresenta discreto edema com limitação residual da flexão do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização do joelho e analgesia, além de curativo das feridas.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: