

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FAVARES BURR

12 R 22

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Luiz Joaquim Gonçalves

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO GERAL 10.197.743 DATA DE EMISSÃO 16/06/2015

NOME << LUIZ JOAQUIM GONÇALVES >>

PRIMAÇÃO << >>

<< MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE SANTA BRIGIDA - BA DATA DE NASCIMENTO 20/04/1953

DOC. ORDEM << 144436 01 55 1975 2 00004 117 0000348 J6 PAULO AFONSO BA >>

CPF 316.976.905-72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CELPE

NOTA FISCAL - FATORIA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 121, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-922
(081) 3225.0001-08 | (081) 3225.0002-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUIZ JOAQUIM GONÇALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ACAMPAMENTO OLÍMPICO VELDES 24 CS-31

CLASSIFICAÇÃO
67 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

CPF 316.976.905-72

PETROLÂNDIA - SUBALP PETROLÂNDIA 14 MU
PETROLÂNDIA PE
55460-000

CÓDIGO CONTRATO 70156889093 09/2019

DATA DE VENCIMENTO 12/09/2019 DATA DE PAGAMENTO 08/10/2019

TOTAL DA FATURA 26,44

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Ativo (KVA)	21 0000000	6 527-3519	73 10
Atividade Elétrica - VERMELHA			2 21
ICMS Substituição - CDE-PE 02451278-05/05/19			3 19
ICMS Substituição - CDE-PE 02941578-05/05/19			3 22
Multa por atraso - PE 072175970 - 09/08/19			0 54
Juros por atraso - PE 072175970 - 09/08/19			0 18

TOTAL DA FATURA 26,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TÍPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURA	ATUAL	LETURA	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
31/12/18	CH	01/01/19	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000

PERÍODO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
01/18	35	2 057 142 857	72 000 000
02/18	44	1 636 363 636	72 000 000
03/18	43	1 627 906 977	72 000 000
04/18	36	1 944 444 444	72 000 000
05/18	36	1 944 444 444	72 000 000
06/18	24	2 916 666 667	72 000 000
07/18	42	1 714 285 714	72 000 000
08/18	44	1 636 363 636	72 000 000
09/18	30	2 400 000 000	72 000 000
10/18	30	2 400 000 000	72 000 000
11/18	30	2 400 000 000	72 000 000
12/18	30	2 400 000 000	72 000 000

4 TEL. 3225.0001-08 | 3225.0002-00 | 3225.0003-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

LUIZ JOAQUIM GONÇALVES

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO 3235025 09/2019 BA

CPF 316.976.905-72 DATA NASCIMENTO 20/04/1953

Nome MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO

Sexo F

Estado Civil CASADO

Profissão

Assinatura do titular

Assinatura do representante

Paulo Afonso, BA

16/10/2013

03876482667
BA708302763

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014804989052 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DATA EMISSÃO: 02/04/19

50410-000

CASA FIDELIDADE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2019

02/04/19

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

123456789

ABC-1234

RENAVAM

MARCA / MODELO

02010101

FORD FOCUS

ANO FAB.

CILINDROS

Nº CHASSI

2014

4

12345678901234567890

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

33,05

01

11,34

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL PRÊMIO DO SEGURO (R\$)

6,13

0,00

24,58

PAGAMENTO

DATA DE QUOTAÇÃO

☒ BOTA ÚNICA

☐ PARCELADO

02/04/19

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.608/0001-04

2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014804989052 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DATA EMISSÃO: 02/04/19

50410-000

CASA FIDELIDADE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2019

02/04/19

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

1234567890

ABC-1234

RENAVAM

MARCA / MODELO

02010101

FORD FOCUS

ANO FAB.

CILINDROS

Nº CHASSI

2014

4

12345678901234567890

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

33,05

01

11,34

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL PRÊMIO DO SEGURO (R\$)

6,13

0,00

24,58

PAGAMENTO

DATA DE OUTRGAO

☒ BOTA ÚNICA

☐ PARCELADO

02/04/19

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.608/0001-04

2019



Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
Secretaria de Agricultura Familiar e Cooperativismo
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

Declaração de Aptidão ao Pronaf

Extrato de DAP

Esta DAP não habilita para contratação de crédito

Chave do extrato: 9701082016070514

Emitido em: 10/01/2020 às 11:33:56

Informações Gerais

DAP: SDW031697690572111170835

Versão DAP: 1.9.2

Enquadramento: B

Emissão: 11/11/2017

Validade: 11/11/2019

Município/UF: Petrolândia/PE

Última Versão: Sim

DAP Válida: Não

DAP Expirada: Sim

Titular(es)

Nome: LUIZ JOAQUIM GONÇALVES

CPF: 316.976.905-72

Categoria

Doutores agricultores familiares

Condição e posse de uso da terra

Possuidor

Emissor da DAP

Emissor: INSTITUTO AGRONÓMICO DE PERNAMBUCO

CNPJ: 10.912.293/0001-37

Nome do Responsável: ADRIANO MANOEL GOMES DA CRUZ

CPF: 857.214.414-53

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:
<http://dap.mda.gov.br>

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante _____

portador(a) do documento de identidade nº _____, expedido por _____, em

_____/_____/_____, inscrito na CPF sob o nº _____, residente na

_____, nº _____

complemento _____, Bairro _____, cidade

_____, Estado _____.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29 / 05 / 2001, inscrito na CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

_____ de _____ de _____

Outorgante X _____

Procuração

Pelo presente instrumento particular da procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Neuza Amélia Rodrigues
portador(a) do documento de identidade nº 4758002, expedido por SSP/PE em
03/04/1992 inscrito no CPF sob o nº 901651284-53, residente na
Acampanamento Chico Mendes nº _____
complemento B2 Rural, Bairro Agropecuária Rural, cidade
Petrolândia, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE em
29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

_____ de _____ de _____.

Outorgante X Neuza Amélia Rodrigues

CONTRATO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular de um lado **Rosana Menezes Silva Cavalcante**, brasileira, casada, corretora, com escritório localizado na Rua Joca Magalhaes, 661A, bairro Centro, Serra Talhada – PE, CEP: 56.900,000 de ora em diante denominado de Contratada, e do outro lado

brasileiro(a), não informado, portador(a) do RG N.º _____
CPF N.º _____,
residente e domiciliado(a) na _____,
_____, _____, _____,
_____ -PE.

Cláusula Primeira – O contratado, neste ato, tem seus serviços profissionais contratados afim de reivindicar direitos referente ao levantamento do seguro obrigatório DPVAT.

Clausula Segunda - É exigível o valor de R\$ 200.00 (DUZENTOS REAIS), no caso do CONTRATANTE desistir da demanda por qualquer motivo que independa da vontade do contratado;

Cláusula Terceiro – Pelo serviço prestado, o contratante assume compromisso de apos o recebimento dos valores, a titulo de pagamento pelos serviços prestados, repassar à contratada a quantia equivalente a 30% (trinta por cento), do total a ser recebido que será depositado em Conta _____ do _____ banco _____ /Agência _____ e _____

Conta _____
Serra Talhada, _____ de _____ de _____
X

CONTRATO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular de um lado **Rosana Menezes Silva Cavalcante**, brasileira, casada, corretora, com escritório localizado na Rua Joca Magalhaes, 661A, bairro Centro, Serra Talhada – PE, CEP: 56.900,000 de ora em diante denominado de Contratada, e do outro lado

brasileiro(a), não informado, portador(a) do RG N.º _____
CPF N.º _____,
residente e domiciliado(a) na _____,
_____, _____, _____,
_____ -PE.

Cláusula Primeira – O contratado, neste ato, tem seus serviços profissionais contratados afim de reivindicar direitos referente ao levantamento do seguro obrigatório DPVAT.

Clausula Segunda - É exigível o valor de R\$ 200.00 (DUZENTOS REAIS), no caso do CONTRATANTE desistir da demanda por qualquer motivo que independa da vontade do contratado;

Cláusula Terceiro – Pelo serviço prestado, o contratante assume compromisso de apos o recebimento dos valores, a titulo de pagamento pelos serviços prestados, repassar à contratada a quantia equivalente a 30% (trinta por cento), do total a ser recebido que será depositado em Conta _____ do _____ banco _____ /Agência _____ e _____

Conta _____
Serra Talhada, _____ de _____ de _____
X

Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

SEDEX

9912280635/2016 - SE/RJ
Seguradora Líder-DPVAT

Correios

18/05/20

Correios		SEDEX
PESO (kg)	0,280	☐ AR ☐ MP
Receptor		
Assinatura	Documento	
OD 71203485 3 BR		
		

3301

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER			
ENDEREÇO / Address			
R. DA ASSEMBLEIA, 100, ED. CITI BANK, CENTRO			
CEP	CIDADE	UF / State	PAÍS / Country
20011-904	RIO DE JANEIRO	RJ	

ATENDIMENTO

Correios



Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
LUIZ JOAQUIM ROLANDES		(81) 9984-0331	
ENDEREÇO / Address			
BAIRRO NOVA ESPERANÇA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
56460-000	PETROLÂNDIA	PE	BRASIL

DEVOLUÇÃO (Return)		(C)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO IN (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / /		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável



PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (02) 3204-2000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200191327 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PG. 6,12.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MÉDIA DO JOELHO DIREITO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200191327 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PG. 6,12.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MÉDIA DO JOELHO DIREITO.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148797/20

Número do Sinistro: 3200191327

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

CPF: 316.976.905-72

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS JOAQUIM GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

LUIS JOAQUIM GONCALVES : 316.976.905-72

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148797/20

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

CPF: 316.976.905-72

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS JOAQUIM GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUIS JOAQUIM GONCALVES : 316.976.905-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/05/2020
Nome: LUIS JOAQUIM GONCALVES
CPF: 316.976.905-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

LUIS JOAQUIM GONCALVES

Karine Gomes de Lima

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200191327

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS JOAQUIM GONCALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200191327 Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Data do Acidente: 05/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIS JOAQUIM GONCALVES

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário 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.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200191327

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS JOAQUIM GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004038

Conta: 000001045371-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

falecidos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT - o 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau do Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0001/0002/0003

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:
3200191307

3 - CPF da vítima:
316.976.905-72

4 - Nome completo da vítima:
Luiz Joaquim Gonçalves

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

5 - Nome completo:
Luiz Joaquim Gonçalves

6 - CPF:
316.976.905-72

7 - Profissão:
Agricultor

8 - Endereço:
Acampamento Chico Mendes

9 - Número:
24

11 - Bairro:
Zona Rural

12 - Cidade:
Petrolândia

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
56.460-000

15 - E-mail:
contato@fabianooliveira.adv.br

16 - Tel.(DDD):
87999840337

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Santander**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: **4038**

CONTA: **01045371**

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Petrolândia - PE, 29 de junho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200191307** 3 - CPF da vítima: **316.976.905-72** 4 - Nome completo da vítima: **Luiz Joaquim Gonçalves**

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

5 - Nome completo: **Luiz Joaquim Gonçalves** 6 - CPF: **316.976.905-72**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Acampamento Chico Mendes** 9 - Número: **24** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Petrolândia** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56.460-000**
15 - E-mail: **contato@fabianooliveira.adv.br** 16 - Tel.(DDD): **87999840337**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Santander**

AGÊNCIA: **4038** CONTA: **01045371** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Petrolândia - PE, 29 de junho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ªCIRC
DINTER2/22ºDESEC**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0276001524**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/12/2019** às **15:53****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **5/12/2019** às **05:00**Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA -**
Bairro: **CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AVENIDA DA**
FÁBRICA DE GELO DE ARMANDO
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE);
RUTE GOMES DA SILVA (TESTEMUNHA);
NEUZA AMÉLIA RODRIGUES (VÍTIMA);
LUIZ JOAQUIM GONÇALVES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ JOAQUIM GONÇALVES**

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

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL****NEUZA AMÉLIA RODRIGUES (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **AMÉLIA GONÇALVES****SANTOS** Data de Nascimento: **8/1/1974** Naturalidade: **TACARATU / PERNAMBUCO / BRASIL**Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL, VIZINHO AO FERRO VELHO DE CURURU****LUIZ JOAQUIM GONÇALVES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RAIMUNDA DA****CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **20/4/1953** Naturalidade: **SANTA BRIGIDA / BAHIA / BRASIL**Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL****RUTE GOMES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **LENICE GILVANIRA SEBASTIANA****DA SILVA** Data de Nascimento: **21/2/1998** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL**Endereço Residencial: **RUA PEDRO DE SOUZA FREIRE, 221, QUADRA 17 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ JOAQUIM GONÇALVES**, que estava em posse do(a)Sr(a): **LUIZ JOAQUIM GONÇALVES**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 100** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KHF6343** (PERNAMBUCO/PETROLANDIA) Renavam: **827108184** Chassi: **9C2HA07104R037769**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATAM AS VÍTIMAS QUE QUANDO TRAFEGAVAM COM A MOTOCICLETA, EM TELA, NO BAIRRO NOVA ESPERANÇA, FORAM SURPREENDIDOS POR DOIS ANIMAIS (CAVALOS), ONDE COLIDIRAM LATERALMENTE COM A MOTO, SEM DÁ CHANCE DE AS VÍTIMA DESVIAREM; QUE, DE ACORDO COM PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTO HOSPITALAR APRESENTADOS, O CONDUTOR QUEBROU O JOELHO ESQUERDO E A PASSAGEIRA FRATUROU UMA DAS COSTELAS.

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

NEUZA AMELIA RODRIGUES
(VÍTIMA)

LUIZ JOAQUIM GONÇALVES
(VÍTIMA)

RUTE GOMES DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **ADILSON ALVES QUINTA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **320629-7**

Adilson Alves Q. de Oliveira
Comissário Esp. de Polícia
Mat.: 320.629-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3200191307

3 - CPF da vítima:
316.976.905-72

4 - Nome completo da vítima:
Luiz Joaquim Gonçalves

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

5 - Nome completo:
Luiz Joaquim Gonçalves

6 - CPF:
316.976.905-72

7 - Profissão:
Agricultor

8 - Endereço:
Acampamento Chico Mendes

9 - Número:
24

10 - Complemento:

11 - Bairro:
Zona Rural

12 - Cidade:
Petrópolis

13 - Estado:
PE

14 - CEP:
56.460-000

15 - E-mail:
contato@fabianooliveira.adv.br

16 - Tel.(DDD):
87999840337

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 4038

CONTA: 01045371

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Petrópolis - PE, 29 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS JOAQUIM GONCALVES

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04038

CONTA: 000001045371-4

Nr. da Autenticação E10DCF06BFCD3221

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FAVARES BURR

12 R 22

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Luiz Joaquim Gonçalves

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO GERAL 10.197.743 DATA DE EMISSÃO 16/06/2015

NOME << LUIZ JOAQUIM GONÇALVES >>

PRIMAÇÃO << >>

<< MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE SANTA BRIGIDA - BA DATA DE NASCIMENTO 20/04/1953

DOC. ORDEM << 144436 01 55 1975 2 00004 117 0000348 J6 PAULO AFONSO BA >>

CPF 316.976.905-72

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 1211, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-922
(081) 3225.0001-08 | Site: www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUIZ JOAQUIM GONÇALVES

CPF 316.976.905-72

CLASSIFICAÇÃO
67 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ACAMPAMENTO OLÍMPICO VELHES 24 CS-31

PETROLÂNDIA - SURFAL PETROLÂNDIA 14 KM
PETROLÂNDIA PE
55460-000

CORTA CONTRATO
7015689093 09/2019

DATA DE VENCIMENTO 12/09/2019 DATA DE PAGAMENTO 08/10/2019

TOTAL DA FATURA 26,44

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Ativo (VAT)	21 0000000	5 527-3519	73 10
Atividade Energia e Vermelha			2 21
ICMS Energia >> CDE-PE 02451278-05/05/19			3 19
ICMS Subvenção >> CDE-PE 02941578-05/05/19			3 22
Multa por atraso-PE 072175970 - 09/08/19			0 54
Juros por atraso-PE 072175970 - 08/08/19			0 10

TOTAL DA FATURA 26,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IPDO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURA	ATUAL	LETURA	IPDO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KW/h)
31 13 10	CH	05-05-2019	04 50	05 00	05 00	05 00	31	1 200		26,00

PERÍODO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42
08/10/18	44
09/10/18	30
10/10/18	30
11/10/18	30
12/10/18	32
01/11/18	30

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KW/h)
01/10/18	35
02/10/18	44
03/10/18	43
04/10/18	36
05/10/18	34
06/10/18	24
07/10/18	42</



HOSPITAL MUNICIPAL
Dr. FRANCISCO SIMÕES DE LIMA

FICHA DE ATENDIMENTO

NOME:	NEUZA AMELIA RODRIGUES		
NASC:	08/01/1974		
MAE/PAI			
END:	ASSENTAMENTO		
DATA	05/12/2019	05:20	

PA = 150x60mm
Acidente recente queda de altura com o corpo atingido por um cabo de aço, com lesão no abdômen, dor no abdômen, dor no abdômen.

Resumo de Exame Físico Acidente: (1-Trabalho:) 2-Transito:) 3-Outros

Suporte vital: estável

AR: 12/12/19

AC: 12/12/19, 12/12/19, 12/12/19

Conclusão Diagnóstica

CID-10

Lesão de fratura
Fratura de fêmur

Dr. Sérgio Sérgio

Condutas

Crise hipertensiva

Suporte vital

1. 12/12/19 - 12/12/19

2. 12/12/19 - 12/12/19

3. 12/12/19 - 12/12/19

4. 12/12/19 - 12/12/19

5. 12/12/19 - 12/12/19

6. 12/12/19 - 12/12/19

7. 12/12/19 - 12/12/19

Instalado

- 8/RX di Acetox APAL, day, N10
- 9/RX di adalcan N10,
- 10/ Eubor suscit. e pinalm. sigide
- 11/ G. J. J. e. G. J. J.
- 12/ Suscit. e. G. J. J.
- 13/ Copinone. Eamp. + N10 @ Delco OK
- 14/ Eubor. e. G. J. J.
- 15/ Eubor. e. G. J. J.

10/ ~~Armando Jr.~~
Enfermeiro
CONF. OF
STH

Armando Jr.



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--OU--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Azarias Salgado
Reumatologia-Ortopedia
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

--ou--

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

--OU--

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Relatório Médico de Alta

Nome: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

Reg.: 674623 Pront.: 1196750

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 20/04/1953

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 66

Admissão: 14/12/2019 17:50

Alta: 19/12/2019 10:14

Admissão:

FRATURA EM PATELA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

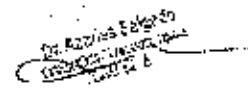
Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/12/2019 17:50	19/12/2019 10:14	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº MAURO PENA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo (ver foto)
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica


Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado
Traumatologista-Ortopedista
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

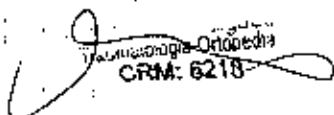
Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

--OU--

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


CRM: 6218

Relatório Médico de Alta

Nome: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

Reg.: 674623 Pront.: 1196750

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 20/04/1953

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 66

Admissão: 14/12/2019 17:50

Alta: 19/12/2019 10:14

Admissão:

FRATURA EM PATELA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

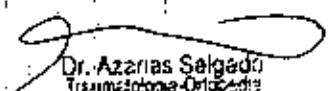
Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/12/2019 17:50	19/12/2019 10:14	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº MAURO PENA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo (NÃO)
- 5) Não pisar até 2º ordem

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218
Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

CONSULTAS MARCADAS

DATA	HORA	MÉDICOS (A)
06/01/20	8:00	Mauro P.
02/03/20	08:00	Mauro P.
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		



1196750

Luiz Joaquim Gonçalves

**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
DO PACIENTE**

CONTATO
81 - 3412.3800

• Obs: CADA VEZ QUE VOLTAR A CONSULTA NÃO ESQUEGER DE APRESENTAR ESTE CARTÃO

Cód.: 2718

Telefone: 87996698435

Dt. Nasc.: 20/04/1953

RG: 10197743

Titular: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO A1

UH No.: 1 Admissão: 14/12/2019 17:50

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID:

OS: 119.336389

Data/Hora: 18/12/2019 10:22

Exames Solicitados:

1) RX JOELHO DIR AP/P

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA

CRM: 4197

Azarias Salgueiro
Traumatóloga Ortopedista
CRM: 6218

26/12/19
Prefeitura Municipal de Petrolândia
Secretaria Municipal de Saúde
Central de Marcação
07:30



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

DATA: 02/03/2020

Prescrevo: POS-OP DE FRATURA DE PATELA DIR

Fisioterapia: __30__ sessões.

CID:

Obs:

Dr. Mauro Pena
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE-4197

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA
CRM: 4197



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 Cx.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

—OU—

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--OU--

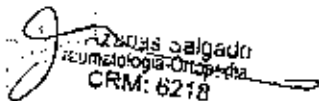
1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Azarias Salgado
Reumatologia-Ortopedia
CRM: 6218