



28/10/2020

Número: **0004323-34.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **21/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BELO DA SILVA (AUTOR)		SILVIA LAIS DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70248775	28/10/2020 16:02	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BELO DA SILVA

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

Carta nº 15279639

Pag. 00919/00920 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190710977 Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BELO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00463/00464 - carta_03 - INVALIDEZ

00060232



Carta nº 15299712





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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BELO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01883/01884 - carta_02 - INVALIDEZ

00040942



Carta nº 15402813





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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BELO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE BELO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000028918-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 749.822.304-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Belo da Silva

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

5 - Nome completo: Jose Belo da Silva 6 - CPF: 749.822.304-04
7 - Profissão: Atonamento 8 - Endereço: TV. Prof. Adelson Leal, 9 - Número: 41 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Petropolis 12 - Cidade: Laguarda 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 55030-151
15 - E-mail: jose_men2008@yahoo.com.br 16 - Tel. (DDD): 81-9-9215-1674

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (233) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0778 CONTA: 013.28918 4 AGÊNCIA: CONTA:
(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 do 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 (se 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 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Laguarda 19/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190710977
Nome do(a) Examinado(a): Jose Belo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Tv 1 Adelia Leal Ferreira, 41
Vassoural Caruaru PE CEP: 55030-151
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4343940
Data local do acidente: [05/10/2019]
Data local do exame: [30/01/2020] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE OSSOS NASAIS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 09/01/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA GRANDE DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO PELO NARIZ DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS , DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO
% do dano: () 10% residual (X) 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 |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0180003167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às 09:57

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 5/10/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOSE RODRIGUES DE JESUS, 01** - Bairro: **INDIANOPOLIS** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ BELO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ BELO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA SILVA** Pai: **ANTONIO BELO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/3/1968** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4343940/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81991208869**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO**,
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ BELO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF2523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **514129670** Chassi: **9C2KD0540CR557733**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA À VÍTIMA, O QUAL NO MOMENTO DO ACIDENTE, CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 01, NA AVENIDA JOSÉ RODRIGUES DE JESUS, MOMENTO EM QUE, O AUTOR DESTA B.O., O QUAL CONDUZIA O VEÍCULO ORA DENOMINADO DE VEÍCULO 02, DEU UM TRANCA NELE VÍTIMA, ONDE O MESMO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº317897. AINDA INFORMA À VÍTIMA, QUE ÀS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE B.O., É A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, E QUE TAL REGISTRO PRENDE-SE AO FATO DELE VÍTIMA ACIONAR O SEGURO DPVAT. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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


JOSÉ BELO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: **3809382**



Carlos Alberto da Silva Melo
Comissário Especial de Polícia
Mat. 380.938-2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 749.822.304-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Belo da Silva

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

5 - Nome completo: Jose Belo da Silva 6 - CPF: 749.822.304-04
7 - Profissão: Atonamento 8 - Endereço: TV. Prof. Adelson Leal, 1 9 - Número: 41 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Petropolis 12 - Cidade: Casuarina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55030-151
15 - E-mail: rose_men2008@yahoo.com.br 16 - Tel. (DDD): 81-9-9215-1674

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

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

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

☐ Bradesco (233) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0778 CONTA: 013.28918 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, 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 do 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 (se 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

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: Recife 19/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE: UPA Varadoural
NOME: JOE Belo Jr. Silva
REGISTRO: 0729 IDADE: 51a
HORA: 19:33 DATA DE NASCIMENTO: 05/10/19

HISTÓRIA ATUAL:

Bom estado geral. Queixas de dor no lado direito da face, iniciada há 19 horas. Paciente evoluiu com dor de cabeça e náusea.

EXAME FÍSICO:

PA 140x80mmHg. FC 70 bpm. Ritmo regular, sem murmúrios. Ausculta pulmonar normal. Abdome macio, sem sinais de irritação peritoneal. Exame neurológico sem alterações. Avaliação médica e odontológica.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de maxila superior e inferior.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de osso maxilar.

CONDUTA:

Sutura labial, administração de analgésico de Voltaren IM e a administração de dipirona I.V. às 19 horas. Necessária a avaliação quanto à extensão da fratura. Colocação de S.F. 0,9% 500ml IV.

TRANSFERIDO PARA: HRA - Bucamax local SENHA: 5286853

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM ☒ NÃO ☐

Dr. Mario L. Correia
Clínico Odontólogo
CRM-PE 6039



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:	10/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BELO DA SILVA

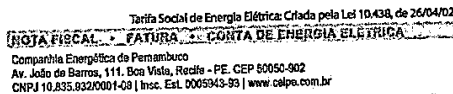
BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000028918-1

Nr. da Autenticação FCCEF1452D2646EC





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 1 ADELIA LEAL FERREIRA 41

PETROPOLIS/CARUARU
CARUARU PE
55030-151

55030-151

CONTA CONTATO		DATA	
1184264036		09/2019	
DATA DE VENCIMENTO		DATA DE EMISSÃO	
11/09/2019		07/10/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)		33,59	

075953791	UNICA	04/09/2019
04/08/2019	2003042594	858986

04/08/2018	2003042994	636850	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
			Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000008	0,19198125	5,75
			Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	80,06000000	0,32911071	19,74
			Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,84
			Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
			ICMS Subvenção-CDE-NF 064392032-04/05/19			0,72
			Multa por atraso-NF 071973707- 05/08/19			0,71
			Juros por atraso-NF 071973707- 05/08/19			0,19
			Atualização IGP-M-NF 071973707- 05/08/19			9,07

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO ESTA ROTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
145169	CAT	05/08/2019	25.167,00	04/09/2019	25.287,00	30	1,00000		90,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
SEP 10 90	110
AGO 11 90	110
JUL 11 90	110
JUN 10 91	110
MAY 10 91	110
ABR 11 91	110
MAR 11 91	110
FEV 11 91	110
JAN 11 91	110
DEZ 10 90	110
NOV 10 90	110
OCT 10 90	110
SEP 10 90	110

INFORMAÇÕES DE INDICADOR

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	27,43	0,81	0,22
PIS	27,43	3,72	1,02
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	12,33	46,09%
Transmissão	1,34	4,89%
Distribuição (Cabo)	8,15	29,71%
Perdas de Energia	2,57	9,37%
Energias Sotóreas	0,80	2,92%
Tributos	1,24	4,52%
Total	27,43	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh:
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

0,18728450
0,31420000

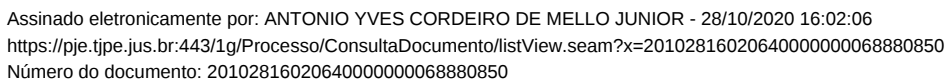
RESERVADO AO FISCO

B010 C743 5125 D0B0 5EE2 1E01 533C 73F7

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As conexões gerais de
fornecimento (Recebução Ativa)
4142(2010), tarifas, produtos,
serviços prestados e tributos são
encontrados disponíveis, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento e no site
www.casas.com.br



CELPE

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA FORMOZINA DA SILVA

CPF 345 373.414-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

084003299

ÚNICA 09/11/2019

09/11/2019

2000831235	809491
------------	--------

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 076348824-06/09/19

LO MESTRE VITALINO 2

ALTO DO MOURA
ALTO DO MOURA
CARUARU PE
55000-000

2538826017

11/2019

00432019

124312016

10870

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	123.0000000	0,76666782	96,76
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,66
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,17
ICMS Subvenção-CDE-NF 076348824-06/09/19			0,60

TOTAL DA FATURA

108.70

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
317214853	CAT	09/10/2019	2 437,00	09/11/2019	2 560,00	31	1,00000		123,00

Mês (Ano)	Consumo (MWh)
NOV 89	100
DEZ 89	105
JAN 90	110
FEB 90	115
MAR 90	120
ABR 90	125
MAY 90	130
JUN 90	135
JUL 90	140
AUG 90	145
SET 90	150
OCT 90	155
NOV 90	125

Pague no ponto mais perto de você e guarde o ticket. Também funciona pela internet centralizada do site cinema.ruaello.com.br para as bilhetes 25 km da cidade de Itaboraí em direção ao vilarejo de Vernaio. Mais informações: www.cinepar.org.br. Cobrança R\$6,50 por bilhete + subvenção CDE, conforme Decreto Estadual nº 3.539/11. O cliente é considerado quando há votação nos conteúdos de individual ou coletivo dentro do tempo de lançamento. Paga-se entrada gratuita mais 25% (R\$14,25) para idosos (65 anos), jovens (18-24 anos) e estudantes (com comprovação prévia). O Cliente é considerado quando há despendimento do valor pelo preço pago das despesas administrativas. Em caso de ausência de comparecimento, o encargo relativo ao controle poderá ocorrer após 7 ciclos de loturação, podendo também ser cobrado o custo de distribuição, não sendo em caso de ausência.

PM 1115 HAS 4 ANTIGENOS EXISTENTES CAUSANDO CORTE

Venda

0104150

Yale

Veritò -

5000

7810

Para obter mais informações sobre a oferta de imóveis, visite o site www.terra.com.br/ocorrencia. O preço médio dos imóveis varia de R\$ 100 mil a R\$ 150 mil. Caso o comprador não tenha tempo para visitar o imóvel, o vendedor pode oferecer o contrato de compra, podendo também incluir condições de crédito. De acordo com o Art. 32, REN 441 (Anel), podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão no registro de protesto, caso não seja pago o valor.

CONSUMO	VALOR AJUSTADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSAO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						INÍCIO	FIM
DRG	0,00	8,07	10,15	20,30	220	202	231
PRC	0,00	3,11	8,22	12,45			
DRG*	0,00	2,85	0,00	0,00			

Length DACT 12.22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 38,70

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

DATA DE VENCIMENTO**TOTAL A PAGAR (R\$)**

1519976017

11/30/19

09/12/201

108.70





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 8.137/90.

Pelo exposto, eu Rosemery Formosa da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Belo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.822.304-04

do sinistro de DPVAT cobertura integral

da Vítima José Belo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.822.304 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: meu inf Renda: meu inf e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Mestre Vitalino</u>	Número:	<u>02</u>	Complemento:	<u>lanch</u>	
Bairro:	<u>Mestre Vitalino</u>	Cidade:	<u>Caruaru Pernambuco</u>	Estado:	<u>PE</u>	
E-mail:	<u>rose-mere2008@yahoo.com.br</u>				CEP:	<u>55030-154</u>
					Tel. (DDD):	<u>181-9-9245-1674</u>

Local e Data: Caruaru PE 17 de fevereiro 2019

Rosemery Formosa da Silva

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE: UPA Varadouro
NOME: JOE Belo Jr. Silva
REGISTRO: 0729 IDADE: 51a
HORA: 19:33 DATA DE NASCIMENTO: 05/10/19

HISTÓRIA ATUAL:

Bom estado geral. Queixas de dor no lado direito da face há 19 horas. Paciente chegou ao CAP e foi encaminhado para o Pronto Atendimento.

EXAME FÍSICO:

PA 140x90mmHg. FC 80 bpm. Ritmo regular, sem murmúrios. Ausculta pulmonar normal. Abdome normal. Extremidades frias. Lado direito: fratura fechada, com deslocamento. Curatela com fio de sutura. Não há hemorragia ou hematoma. (Sic). Avaliação médica complementar.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de maxila inferior e região.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de osso maxilar inferior.

CONDUTA:

Sutura labial, administração de analgésico de Voltaren IM e a administração de dipirona I.V. há 19 horas. Necessária a avaliação quanto à extensão da fratura. Colocação de S.F. 0,9% 500ml IV.

TRANSFERIDO PARA: HRA - Bucmaxilofacial SENHA: 5286853

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM ☒ NÃO ☐

Dr. Mario L. Correia
Clínico Dentista
CRM-PE 6039



SINAIS VITAIS

PA: 110 x 90 mmHg

Temp: _____ RCPR: _____ rpm

FC: _____ bpm Peso: _____ kg

HGT: 130 mg/dl SpO₂: _____ %

HORA: 14:17



CARUARU UPA VASSOURAL

EMERGÊNCIA/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ADULTO

PREFERENCIAL: () SENHA: 131

CLASSIFICAÇÃO: Vermelho ☐

Verde ☐ IDADE: 54A

Amarelo ☒

Azul ☐ DATA: 05/10/19

HORA: 17:30

NOME: Prof. Bruno de Silva

Alergias: ☒ NÃO () SIM:

I- Sinais de Emergência atendimento imediato- CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ PC < 50 ou 140 ☐ FR > 32 vpm ☐ FR < 10 ☐
2. Extremidades frias ☐ Enchimento capilar lento ☐ Pulso fraco ☐ Pulso ausente ☐
3. Sudorese ☐ PAS < 80 mmHg ☐ PAD > 130 mmHg ☐
4. Convulsionando no momento ☐ Inresponsivo ou só resposta à dor ☐ Letargia ☐
5. Queimaduras em mais de 25% de SC ou acompanhamento de vias áreas ☐
6. Intoxicação exógena ☐
7. Sangramento intenso ☐ Lesão Grave ☐

II- Sinais de urgência- Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 ☐
2. FC < 50 OU > 140 ☐ PAS < 90 OU > 240 ☐ PAD > 130 sem sintomas ☐
3. Febre > 39° ☐ Febre com imunodepressão ☐
4. História de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação aguda ☐
5. Tumor pastoso ☐ Mucosas Ressecadas ☐
6. Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ < 10% ☐
7. Vítimas de abuso sexual ocorrido há 72 Horas ☐
8. Fraturas anguladas e luxações com comp. Neuro Vascular ou Dor Intensa ☐
9. Dor Abdominal Intensa ☐ Dor Torácica Intensa ☐
10. História até 72 Horas de: Mielena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe ☐

Paciente com história de acidente de trânsito há + 20 min, apresentando lacrimações nos olhos e lesão edematizada em parte frontal da cabeça

DM ⊕ HAS ⊕

Carthya da S. 724.97





CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE: UPA Varadouro
NOME: José Paulo de Almeida IDADE: 54a
REGISTRO: 0724 HORA: 15h DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1969

HISTÓRIA ATUAL:

Boa noite. Paciente com queixa de dor no lado direito da cabeça, recente e localizada. Não há trauma recente.

EXAME FÍSICO:

PA 140x90mmHg, FC 75 bpm, FR 15 l/min, T 36,5°C. Auscultação normal. Lado direito: Crepitação da medula cervical (C1-C2). Auscultação normal.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de crânio.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de crânio.

CONDUTA:

Sutura labial, administração do osso-pelo de Voltaren IM e da ampolas de dipirone IV às 19 horas. Recomenda a avaliação quanto à existência de fratura. Colocação de S.F. 0,9% 500ml IV.

TRANSFERIDO PARA: HRA - Bucamaxilfacial SENHA: 5286853

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM _____
ASSINATURA E CARIMBO

NÃO [Assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO

Mário L. Correia
Cirurgião-Dentista
CRO-PE 6039



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/10/2020 16:02:06
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102816020640000000068880850>
 Número do documento: 20102816020640000000068880850



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Belo da Silva**,
Esteve Interno Nesta Unidade de Saúde no período do Dia
05/10/2019 a 05/10/2019 . Registro Hospitalar: 317897

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais
esclarecimentos.

Caruaru, 08 de Outubro 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



~~SECRET~~

Atendimento: 549599

Prontuário: 317897

Data Nasc.: 14/03/1968

Idade: 51

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 74982230404

RG: 4343640

CNS:704005808828462

Endereço: RUA ADELIA LEAL

Nº: 280

Bairro: PETROPOLIS CARUARU

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55012140

Fone: 991208889

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ODONTOLOGIA C.TRAUM.B.M.F.

2 - ATENDIMENTO

Data: 05/10/2019 21:10

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal /

[illegible]

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Contar o nº de 3 dias e infer por cada, porém, não se faz o 1º, e o 2º e o 3º de 10 dias, e o 4º de 15 dias, e o 5º de 20 dias, e o 6º de 25 dias, e o 7º de 30 dias, e o 8º de 35 dias, e o 9º de 40 dias, e o 10º de 45 dias, e o 11º de 50 dias, e o 12º de 55 dias, e o 13º de 60 dias, e o 14º de 65 dias, e o 15º de 70 dias, e o 16º de 75 dias, e o 17º de 80 dias, e o 18º de 85 dias, e o 19º de 90 dias, e o 20º de 95 dias, e o 21º de 100 dias, e o 22º de 105 dias, e o 23º de 110 dias, e o 24º de 115 dias, e o 25º de 120 dias, e o 26º de 125 dias, e o 27º de 130 dias, e o 28º de 135 dias, e o 29º de 140 dias, e o 30º de 145 dias, e o 31º de 150 dias, e o 32º de 155 dias, e o 33º de 160 dias, e o 34º de 165 dias, e o 35º de 170 dias, e o 36º de 175 dias, e o 37º de 180 dias, e o 38º de 185 dias, e o 39º de 190 dias, e o 40º de 195 dias, e o 41º de 200 dias, e o 42º de 205 dias, e o 43º de 210 dias, e o 44º de 215 dias, e o 45º de 220 dias, e o 46º de 225 dias, e o 47º de 230 dias, e o 48º de 235 dias, e o 49º de 240 dias, e o 50º de 245 dias, e o 51º de 250 dias, e o 52º de 255 dias, e o 53º de 260 dias, e o 54º de 265 dias, e o 55º de 270 dias, e o 56º de 275 dias, e o 57º de 280 dias, e o 58º de 285 dias, e o 59º de 290 dias, e o 60º de 295 dias, e o 61º de 300 dias, e o 62º de 305 dias, e o 63º de 310 dias, e o 64º de 315 dias, e o 65º de 320 dias, e o 66º de 325 dias, e o 67º de 330 dias, e o 68º de 335 dias, e o 69º de 340 dias, e o 70º de 345 dias, e o 71º de 350 dias, e o 72º de 355 dias, e o 73º de 360 dias, e o 74º de 365 dias, e o 75º de 370 dias, e o 76º de 375 dias, e o 77º de 380 dias, e o 78º de 385 dias, e o 79º de 390 dias, e o 80º de 395 dias, e o 81º de 400 dias, e o 82º de 405 dias, e o 83º de 410 dias, e o 84º de 415 dias, e o 85º de 420 dias, e o 86º de 425 dias, e o 87º de 430 dias, e o 88º de 435 dias, e o 89º de 440 dias, e o 90º de 445 dias, e o 91º de 450 dias, e o 92º de 455 dias, e o 93º de 460 dias, e o 94º de 465 dias, e o 95º de 470 dias, e o 96º de 475 dias, e o 97º de 480 dias, e o 98º de 485 dias, e o 99º de 490 dias, e o 100º de 495 dias, e o 101º de 500 dias, e o 102º de 505 dias, e o 103º de 510 dias, e o 104º de 515 dias, e o 105º de 520 dias, e o 106º de 525 dias, e o 107º de 530 dias, e o 108º de 535 dias, e o 109º de 540 dias, e o 110º de 545 dias, e o 111º de 550 dias, e o 112º de 555 dias, e o 113º de 560 dias, e o 114º de 565 dias, e o 115º de 570 dias, e o 116º de 575 dias, e o 117º de 580 dias, e o 118º de 585 dias, e o 119º de 590 dias, e o 120º de 595 dias, e o 121º de 600 dias, e o 122º de 605 dias, e o 123º de 610 dias, e o 124º de 615 dias, e o 125º de 620 dias, e o 126º de 625 dias, e o 127º de 630 dias, e o 128º de 635 dias, e o 129º de 640 dias, e o 130º de 645 dias, e o 131º de 650 dias, e o 132º de 655 dias, e o 133º de 660 dias, e o 134º de 665 dias, e o 135º de 670 dias, e o 136º de 675 dias, e o 137º de 680 dias, e o 138º de 685 dias, e o 139º de 690 dias, e o 140º de 695 dias, e o 141º de 700 dias, e o 142º de 705 dias, e o 143º de 710 dias, e o 144º de 715 dias, e o 145º de 720 dias, e o 146º de 725 dias, e o 147º de 730 dias, e o 148º de 735 dias, e o 149º de 740 dias, e o 150º de 745 dias, e o 151º de 750 dias, e o 152º de 755 dias, e o 153º de 760 dias, e o 154º de 765 dias, e o 155º de 770 dias, e o 156º de 775 dias, e o 157º de 780 dias, e o 158º de 785 dias, e o 159º de 790 dias, e o 160º de 795 dias, e o 161º de 800 dias, e o 162º de 805 dias, e o 163º de 810 dias, e o 164º de 815 dias, e o 165º de 820 dias, e o 166º de 825 dias, e o 167º de 830 dias, e o 168º de 835 dias, e o 169º de 840 dias, e o 170º de 845 dias, e o 171º de 850 dias, e o 172º de 855 dias, e o 173º de 860 dias, e o 174º de 865 dias, e o 175º de 870 dias, e o 176º de 875 dias, e o 177º de 880 dias, e o 178º de 885 dias, e o 179º de 890 dias, e o 180º de 895 dias, e o 181º de 900 dias, e o 182º de 905 dias, e o 183º de 910 dias, e o 184º de 915 dias, e o 185º de 920 dias, e o 186º de 925 dias, e o 187º de 930 dias, e o 188º de 935 dias, e o 189º de 940 dias, e o 190º de 945 dias, e o 191º de 950 dias, e o 192º de 955 dias, e o 193º de 960 dias, e o 194º de 965 dias, e o 195º de 970 dias, e o 196º de 975 dias, e o 197º de 980 dias, e o 198º de 985 dias, e o 199º de 990 dias, e o 200º de 995 dias, e o 201º de 1000 dias, e o 202º de 1005 dias, e o 203º de 1010 dias, e o 204º de 1015 dias, e o 205º de 1020 dias, e o 206º de 1025 dias, e o 207º de 1030 dias, e o 208º de 1035 dias, e o 209º de 1040 dias, e o 210º de 1045 dias, e o 211º de 1050 dias, e o 212º de 1055 dias, e o 213º de 1060 dias, e o 214º de 1065 dias, e o 215º de 1070 dias, e o 216º de 1075 dias, e o 217º de 1080 dias, e o 218º de 1085 dias, e o 219º de 1090 dias, e o 220º de 1095 dias, e o 221º de 1100 dias, e o 222º de 1105 dias, e o 223º de 1110 dias, e o 224º de 1115 dias, e o 225º de 1120 dias, e o 226º de 1125 dias, e o 227º de 1130 dias, e o 228º de 1135 dias, e o 229º de 1140 dias, e o 230º de 1145 dias, e o 231º de 1150 dias, e o 232º de 1155 dias, e o 233º de 1160 dias, e o 234º de 1165 dias, e o 235º de 1170 dias, e o 236º de 1175 dias, e o 237º de 1180 dias, e o 238º de 1185 dias, e o 239º de 1190 dias, e o 240º de 1195 dias, e o 241º de 1200 dias, e o 242º de 1205 dias, e o 243º de 1210 dias, e o 244º de 1215 dias, e o 245º de 1220 dias, e o 246º de 1225 dias, e o 247º de 1230 dias, e o 248º de 1235 dias, e o 249º de 1240 dias, e o 250º de 1245 dias, e o 251º de 1250 dias, e o 252º de 1255 dias, e o 253º de 1260 dias, e o 254º de 1265 dias, e o 255º de 1270 dias, e o 256º de 1275 dias, e o 257º de 1280 dias, e o 258º de 1285 dias, e o 259º de 1290 dias, e o 260º de 1295 dias, e o 261º de 1300 dias, e o 262º de 1305 dias, e o 263º de 1310 dias, e o 264º de 1315 dias, e o 265º de 1320 dias, e o 266º de 1325 dias, e o 267º de 1330 dias, e o 268º de 1335 dias, e o 269º de 1340 dias, e o 270º de 1345 dias, e o 271º de 1350 dias, e o 272º de 1355 dias, e o 273º de 1360 dias, e o 274º de 1365 dias, e o 275º de 1370 dias, e o 276º de 1375 dias, e o 277º de 1380 dias, e o 278º de 1385 dias, e o 279º de 1390 dias, e o 280º de 1395 dias, e o 281º de 1400 dias, e o 282º de 1405 dias, e o 283º de 1410 dias, e o 284º de 1415 dias, e o 285º de 1420 dias, e o 286º de 1425 dias, e o 287º de 1430 dias, e o 288º de 1435 dias, e o 289º de 1440 dias, e o 290º de 1445 dias, e o 291º de 1450 dias, e o 292º de 1455 dias, e o 293º de 1460 dias, e o 294º de 1465 dias, e o 295

Diag. Provisório:

Fraternally, O. R. V.

cc @ Acif

8 d'apr 1840

Epitaph

10

Taysara de Andrade
 Cursante de Engenharia Biomédica
 Residente HRA
 CRO-PE 13235

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

3 - Evolução / Exames	
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar. Nome: _____ RG: _____ Endereço: _____ Data: _____ Assinatura: _____	
Autorização de Procedimento () Paciente () Familiar Nome: _____ RG: _____ Endereço: _____ Procedimento: _____ Assinatura: _____ Diag. Definitivo: _____ Destino do Paciente () Alta () Cirurgia () Óbito () Evadir-se () Termo de Alta a Pedido () Transferência: _____ () Internamento _____ Condição de Alta () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito Data: 05/10/2019 Hora: 21:11:45 Médico: _____ CRM: _____	

Usuário do Atendimento
JOSEFAS

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

ORTOP

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU.



LAUDO MÉDICO (DPVAT)

JOSÉ BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA COMPLEXA EM REGIÃO DO OSSO NASAL TRATADA COM REDUÇÃO INCRUENTA, NA DATA 05/10/2019

EVOLUI COM ASSIMETRIA EM FACE E DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO.

LIMITAÇÃO DE 80% CRANIO FACIAL (FRATURA OSSOS NASAL)

ALTA EM 09/01/2020.

CID - 10: S02.2

CARUARU 09 DE JANEIRO 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPEDICO

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

CRM 15582 – TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBC/SETO/ASMT



QUALIFICAÇÃO CIVIL
 Nome JOSÉ BELO DA SILVA
 Loc. Nasc. CARUARU Est. PE Data 14/03/1968
 Filiação ANTÔNIO BELO DA SILVA E DE MARIA JOSE DA SILVA
 Doc. Nº RG-4343940-SSP-PE

ESTRANGEIROS
 Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 03/08/00 DRT S.D.T. - CARUARU - PE

Assinatura do Funcionário
 Izabela Virgínia da Silva Barros
 RG - 5.138.637 - SSP - PE

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

Você também está obrigado a usá-lo, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo empregador os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgastes.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você, por acidente, procurar logo o socorro médico, não se deixe que "curandeiros" e "curiosos" concorram para o seu agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.
 Atenha-se às recomendações dos Membros da CIPA e de seus chefes e chefes.
 Observe sempre as regras de segurança da acção onde você trabalha.
 Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentados pela desatenção.
 Leia e refina sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os azeites, lubrificantes, graxas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas e das partes móveis.
 Não se meta a mexer na máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
 Use equipamentos de protecção adequados a sua actividade.
 Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª VIA
 Número 68271 Série 00025

Subdelegacia
 em
CARUARU - PE

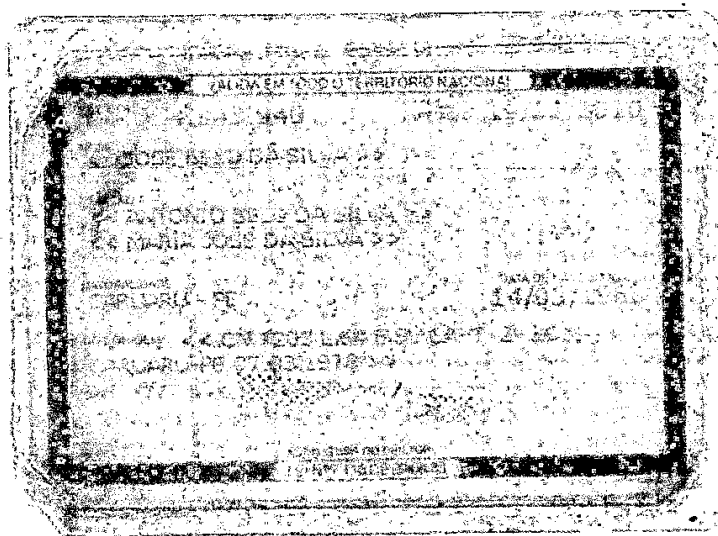


José Belo da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR





José Belo da Silva
Data de EXP. = 19.02.2010
RG = 4343940



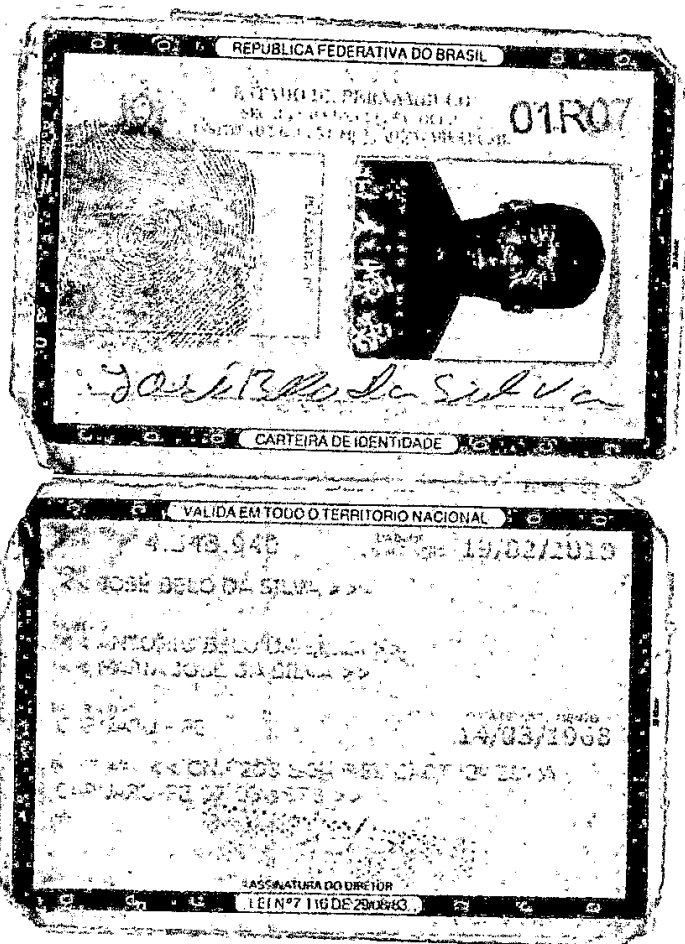
CPF =

Nasc = 14/03/1968

SDS - PE.

g - 8129-5895 - vivo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CÂMBIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1560914109

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1560914109

NOME
 ROSEMEIRE FORMOSINA DA SILVA

RG IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 5274229-88V PE

CPF
 628.462.994-04

DATA NASCIMENTO
 11/01/1973

FILIAÇÃO
 SEVERINO FIRMINO DA SI
 LVA
 MARGARIDA FORMOSINA DA
 SILVA

PERMISSÃO
 CAT. HAR

Nº REGISTRO
 03911656616

VALIDADE
 26/12/2022

HABILITAÇÃO
 18/08/2006

OBSERVAÇÕES
 KAR

Assinatura do Portador
 Rosemeire Formosina da Silva

LOCAL
 CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
 05/01/2018

Assinatura do Emissor
 Diretor Presidente
 85442030990
 PK079654630

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURADORA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014488273986
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 514129670 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSE BELO DA SILVA

CARUARU-PE

CPE / CNPJ
749.822.304-04

PLACA
PGF5523

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

CHASSI
902KD0540CR557733

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GRASOL

MARCA / MODELO
HONDA / HONDA 150

ANO FAB. ANO MOD.
2012 2012

CAP. POT. / CIL.
25 / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

FAIXA I.R.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS

1ª *****
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11 IOF (R\$) 0,32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84,58 DATA DE PAGAMENTO 05/02/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA

CARUARU LOCAL DATA 06/02/19
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460839/19

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Títular do CPF: JOSE BELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE BELO DA SILVA : 749.822.304-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

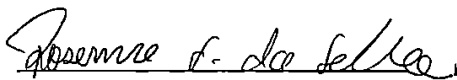
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 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.

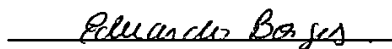
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04


ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS NASAIS

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO PELO NARIZ DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA SEM DEMAIS A RELATAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS , DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS NASAIS

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO PELO NARIZ DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO ASSIMÉTRICA SEM DEMAIS A RELATAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS , DIFICULDADE NA RESPIRAÇÃO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BELO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE COM FRATURA COMPLEXA EM REGIÃO DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190710977 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BELO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE COM FRATURA COMPLEXA EM REGIÃO DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P.1(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Belo da Silva
 Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Solteiro
 Profissão: Pedreiro
 Identidade: 4.343.940 CPF: 749.822.304-04
 Endereço: TV. Prof. Adelaide Dal N.º 41 B. Petropolis
Caruaru - PE CEP = 55030-151

OUTORGADO:

Nome: Rosemere Famosina da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: Solteira
 Profissão: Atendente
 Identidade: 6274229 CPF: 628.462.994-04
 Endereço: Rua Mestre Vitalino N.º 02, Alto do Moura
Caruaru - PE

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Caruaru 13 Novembro 2019
 LOCAL E DATA:

4º CARTÓRIO
 Tabelão

+ Jose B da Silva
 ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

4º Cartório e Tabelionato Pça. Cel. Leocádio Porto, 57 - Centro - Caruaru/PE - CEP 55002-430
 Bel. Maria Regina Correia do Nascimento Fone / Fax: (81) 3722-4614 - e-mail: 4cartoriocaruaru@uol.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: JOSE BELO DA SILVA. Caruaru/PE, 11/12/2019 09:26:25 e dou fe. Em test. da verdade. FABIANA REINALDO Emol R\$ 3,81, DO NASCIMENTO - Substituta, FERM - R\$ 3,81, TSNB R\$ 0,00, FERC R\$ 0,40, FERM - R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08, ISS R\$ 0,08, Total R\$ 4,91 Consulte autenticidade em Selo: 0073734, XFF09261902.04463



FABIANA REINALDO
 38/11/2019



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460839/19

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

CPF: 749.822.304-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE BELO DA SILVA : 749.822.304-04

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: 19/12/2019
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460839/19

Número do Sinistro: 3190710977

Vítima: JOSE BELO DA SILVA

Data do acidente: 05/10/2019

CPF: 749.822.304-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BELO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 21/01/2020
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

