Seguro
DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

SEDEX
99122806362016 – SEI RJ
Seguradora Líder-DPVAT
Correios

AC - OROBÓ
31 AGO 2016

OROBÓ

02 - 09

ETIQUETA
Correios
PESO (kg) 0,056 AR MP
SEDEX
Recebedor
Assinatura
Documento
OD 81343098 6 BR

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / *Recipient* Seguradora Líder - DPVAT	TELEFONE / *Phone Number*
ENDEREÇO / *Address* Rua Senador Dantas, 74, 15º Andar - Centro	
CEP / *Zip* 20031-205	CIDADE / *City* Rio de Janeiro; UF / *State* RJ; PAÍS / *Country* Brasil

ATENDIMENTO

Correios

09/19

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

Correios

REMETENTE / *Sender*	TELEFONE / *Phone Number*
João Kácio Francisco	
ENDEREÇO / *Address*: Sítio Covãcos, S/Nº, Zona Rural	
CEP / *Zip*: 55730-000	CIDADE / *City*: Bom Jardim; UF/*State*: PE; PAÍS / *Country*: Brasil

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE" Materiais recicláveis PROBAG www.probag.com.br Tel: (52) 3204-2500

DEVOLUÇÃO *(Return)* (Cn15)

- ☐ MUDOU-SE *(Moved)*
- ☐ RECUSADO *(Refused)*
- ☐ DESCONHECIDO *(Unknown)*
- ☐ NÃO PROCURADO *(Unclaimed)*
- ☐ AUSENTE *(Absent)*
- ☐ FALECIDO *(Deceased)*
- ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE *(Insufficient Address)*
- ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO *(Non-existing Number)*
- ☐ OUTROS *(Other)*

TENTATIVAS DE ENTREGA *(Delivery Attempts)*
1ª __/__/__ às__ 2ª __/__/__ às__ 3ª __/__/__ às__

☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico *Information provided for doorman or condo manager*
☐ Reintegrado ao serviço postal em __/__/__ *Reinstated to service post*

Data __/__/__ Responsável - - - - - - - - - - - - -

Seguradora LÍDER

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: João Kácio Francisco

Data do Acidente: 25/05/20 | Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não | Nº CPF: 154.668.264-30

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): João Kácio Francisco

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal | CPF do portador: 154.668.264-30

E-mail: cleyde.marques@yahoo.com.br | Tel.: 81-9993-2863

Data: 31/08/2020 | Assinatura: João Kácio Francisco

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: [illegible] Matrícula:

ATC - III

Data: Assinatura

DETRAN - PE Nº 014804634866
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	RESTRIÇÃO	EXERCÍCIO
1	268771033	**********	2019

NOME
JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

PLACA: NXV5271

CHASSI: 9C2KC1550AR182006

/PE

ESPÉCIE/TIPO: PAS /MOTOCICLETA
COMBUSTÍVEL: GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO FAB.: 2010
ANO MOD.: 2010
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: QUITADO
QUANTIDADE COTA ÚNICA
VENC / COTAS: 1ª ********
2ª ********
3ª ********
PARCELAMENTO / COTAS: **********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	22/04/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

DATA: 30/04/19

PE Nº 014804634866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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

0

JOAO ALFREDO-PE

EXERCÍCIO: 2019
DATA EMISSÃO: 30/04/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	067.736.134-64	NXV5271

RENAVAM	MARCA / MODELO
268771033	HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.	CILINDRADA	Nº CHASSI
2010	09	9C2KC1550AR182006

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36.05	4.01	40.06

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	DESCONTO ADICIONAL (R$)
4.15	0.32	84.59

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO
DATA DE CUTAÇÃO: 22/04/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, João Kácio Francisco, Filho de João Paulo Francisco e Natalina Marlene da Silva. Sexo Masculino, 17 anos, RG 10.897.320, CPF 154.668.264-30, residente no Sítio Lagoa de Onça, Zona Rural, Bom Jardim – PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

- 25/05/2020 às 17h20, ocorrência S 816241.
- Ocorrência em via pública, não relacionada ao trabalho. A vítima era o condutor do veículo, tendo colidido com uma árvore e não fazia uso de capacete. Vítima apresentava hálito alcoólico.
- No momento do atendimento apresentava vias aéreas livres, respiração normal, pulso presente, saturação de O2 = 98% em ar ambiente, coloração da pele normal, estado neurológico sem alterações (Escore de Glasgow = 15). Pressão Arterial = 130x80 mmHg, glicemia de 120 mg/dl e corte em couro cabeludo.

Paciente conforme registros foi vítima de acidente automobilístico (COLISÃO COM ÁRVORE).

Realizado PROTOCOLO DE TRAUMA E CONDUZIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, no município de Bom Jardim – PE.

Bom Jardim – PE, 01 de Julho de 2020.

COREN-PE 499974

Willames Batista da Silva
COREN-PE: 499.974 - ENF
Coordenador do SAMU Bom Jardim

PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data 25/05/2020	Hora 17:44	Registro 688200
Nome João Raiza Francisco		
Endereço S.T. Conceição		Referência
Bairro Lagoa de Onça	Cidade Bom Jardim	
Idade 17 anos	Sexo M	Cor	Profissão
Responsável Ronildal Vilaça Francisco		
Endereço Responsável		Fone:
Nascimento 02/02/2003	SUS: 898002936620432	

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☐ Outro ☐ Ignorado
MODO ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ AGRESSÃO

POR ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado
MODO ☐ Assalto Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM ☐ Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

☐ Arma de Fogo ☐ Enforcamento ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

☐ Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimaduras ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA

☐ Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado

QUEIXAS DM⊖ HAS⊖

Paciente vítima de acidente motociclístico há 1,5h, sem uso de capacete, apresenta ferimento de escoriação não relatou perda de consciência, uso de bebida alcoólica. (SIC)

EXAME FÍSICO EGR: consciente, orientado, hálito etílico (Glasgow 14) desorientado, (não consegue) com fala lenta (SIC)

PA PESO FC PULSO TEMPERATURA

Cabeça: ferida contusa com coágulo de sangue frontal (E) + hematoma sub-galeal
Tórax: com escoriações + ferida contusa PA: 100x80 mm
Abdômen: hematoma (E) 186 SpO2: 98%
MMSS: ferida de contusão
TCE Moderado FC: 96 bpm

PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
(1) Sutura ferida de fronte com urgência	(Monocíclico)
(2) Curativo AA + IM	
(3) Curativo LEO + IM	

Dr. Carlos Médico CRM 4994382

PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
PREFEITURA MUNICIPAL DO BOM JARDIM

GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Destino/Cidade: Recife - PE

Senha: 5943821 **Hospital:** HR- Nomo Cir

Nome do Paciente: Jaciu Kaio Francisco

Idade: 17a **Endereço:**

HDA: Pct admitido vítima de acidente de moto c/ colisão c/ veículo em alta e c/ relato de perda de consciência e vômito. Ao exame apresenta ECG 13 - Raso - Inconsciente

Exame Clínico: PA 110x80 mmHg. Sat. 98% ar. FC 96 bpm
ECG 13 - Raso - afebril, eupneico, agitado, sob efeito de álcool, anisocoria + ++.
Presente contusão c/ hemitorax esquerdo em região Parietal (E) e crânio-face.

HD TCE ?

Medicação usada: Dexametasona 18:40h.
Ceftriaxona 18:40h.

Motivo da transferência: Avaliação e Conduta do Neurocir

Data: 25/05/20 **Hora:** 18:56

Rafael Duque
Médico
CRM-PE 17.340

Médico CRM

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOAO KACIO FRANCISCO	PRONTUÁRIO: 1721879	ATENDIMENTO: 01577479
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/2003	FOI ATENDIDO EM: 25/05/2020 ÀS 21:50H	
	DATA DA ALTA: 28/05/2020 ÀS 17:24H	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA EM OSSOS DA FACE (CORPO MANDIBULAR (E)).
CID: S02.6
NECESSITANDO DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

Tratamento Realizado:

CIRURGIA REALIZADA NO DIA 26/05/2020 POR DR.CARLOS, DR.RUAN, DR.LUCAS, DR.MAXSUEL, PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA, ACESSO PELO FERIMENTO COM INSTALAÇÃO DE 02 PLACAS DE 2.0 MM EM REGIÃO DE CORPO MANDIBULAR (E).

Observação:

ORIENTO HIGIENE ORAL;
ORIENTO DIETA LIQUIDA PASTOSA;
ORIENTO + PRESCREVO.

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR.CAUBI NO DIA 02/07/2020 AS 13:00H. TRAZER EXAME, ACEITO ENCAIXE.

Dr. Francisco Júnior
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente HR/UPE

FRANCSICO ALVES DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.5472020

Recife, 28, MAIO ,2020

ATENÇÃO:
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : 172879

Nome : João Kauã Francisco

Foi atendido às _____ h do dia 25/07/2020

Diagnóstico Provável TCE leve + Trauma Fac.

_____ data da alta 26/07/2020

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação : Alta

Dr. Carlos Diab
Neurocirurgião
CRM PE 20267

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
08RZ7
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
10.897.320
DATA DE EXPEDIÇÃO
21/08/2018
NOME
<< JOÃO KÁCIO FRANCISCO >>
FILIAÇÃO
<< JOÃO PAULO FRANCISCO >>
<< NATALINA MARLENE DA SILVA >>
NATURALIDADE
RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO
02/02/2003
DOC. ORIGEM
<< CN 23.179 LA20 F 58 CART. BOM JARDIM-PE 19/05/2003 >>
CPF
154.668.264-30
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
82.69.197 3522

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
154.668.264-30

Nome
JOAO KACIO FRANCISCO

Nascimento
02/02/2003

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Barbosa da Silva Filho,

RG nº 7.407.779, data de expedição 12/01/2011,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº _____, com domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) sítio Convôcos, nº S/Nº,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Kácio Francisco, cujo o condutor era João Kácio Francisco.

Veículo: motocicleta Honda CG 150 Fan ESI
Modelo: 2010
Ano: 2010
Placa: NXV-5271
Chassi: 9C2KC1550AR182006
Data do Acidente: 25/05/2020
Local e Data: Bom Jardim, 07 de Agosto de 2020.

José Barbosa da Silva Filho
Assinatura do Declarante

Cartório

_____

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABELIÃO
Rua Oswaldo Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3638-1810

Reconheço por autenticidade a firma de JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO.
Bom Jardim, 7 de agosto de 2020. Em testemunho da verdade. JOSÉ CARLOS DA SILVA SEZERRA
ESCREVENTE AUTORIZADO
Emol.: R$ 3,51 - FERC: R$ 0,40 - TSNR: R$ 0,80 - Total: R$ 4,71 - Selo: 0077586.GH507202001.00363 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Kácio Francisco

RG nº 10.897.320, data de expedição 21/08/2018 Órgão SDS/PE

CPF nº 154.668.264-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sítio Conuôcos
Número	S/Nº
Apto / Complemento	—
Bairro	Zona Rural
Cidade	Bom Jardim
Estado	Pernambuco
CEP	55.730-000
Telefone de Contato	081-99993-2863
E-mail	clegde.marques@yahoo.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 31/08/2020

Assinatura do Declarante: João Kácio Francisco

CELPE

NOTA FISCAL / FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
NATALINA MARLENE DA SILVA

CPF: 092.516.984-02 NIS: 16658956228

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI COVOCOS 10

ZONA RURAL BOM JARDIM/BOM JARDIM R
BOM JARDIM PE
55730-000

CLASSIFICAÇÃO
CLASSE RENDA COM NS
Monofásico

NF/Série	Emissão	Vencimento
111300777	UNICA	06/08/2020

Leitura Anterior	Nº do Cliente	Nº da Instalação
05/06/2020	2011168836	425413

Rota Roteiro	Mês/Ano
7005774050	06/2020

Data de Apresentação	Data Próxima Leitura
15/06/2020	07/07/2020

Nota Fiscal (R$): 5,20

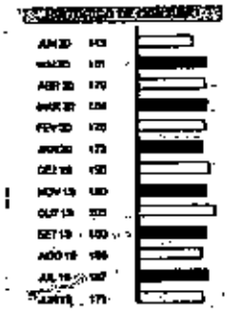
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,00000000	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,00000000	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	49,0000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,00000004	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,00000000	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	49,0000000	0,00000001	0,00
Lanctb. Ilum. Pública Municipal			5,20

TOTAL DA FATURA 5,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº do Medidor	Grupo da Tarifação	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]



	Base de Cálculo	%	Valor do Crédito
ICMS		25,00	
PIS	0,00	0,97	0,00
COFINS	0,00	4,48	0,00

Composição do Consumo

Consumo ativo	R$	0,00	0,00%
Disponibilidade (kWh)	R$	0,00	0,00%
Perdas de Energia	R$	0,00	0,00%
Encargos Setoriais	R$	0,00	0,00%
Tributos	R$	0,00	0,00%
Total	R$	5,20	100%

Consumo-TUSD até 30 kWh 0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,00
Consumo-TE até 30 kWh 0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,00

[illegible]

[illegible]

	Consumo	Custo	Custo	Custo
DIO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	1,79	0,15	0,00	0,00

Tensão de Tensão

Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (V)	
220	[illegible]	[illegible]

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

O PEDIDO DO SEGURO DPVAT ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:	4 - Nome completo da vítima:
	154.668.264-30	João Kácio Francisco

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

5 - Nome completo: João Kácio Francisco
6 - CPF: 154.668.264-30
7 - Profissão: agricultor
8 - Endereço: Sítio Convôcos
9 - Número: S/Nº
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural
12 - Cidade: Bom Jardim
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55.730-000
15 - E-mail: clegde.marques@yahoo.com.br
16 - Tel.(DDD): 81-9993-2863

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 1650 0 (Informar o dígito se existir) CONTA: 29.969 3 (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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:
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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Jardim, 31 de agosto de 2020

X João Kácio Francisco
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

28/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:15:07

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:
CLIENTE: JOAO KACIO FRANCISCO
AGENCIA: 1650-0 CONTA : 29.969-3

DATA :	28/08/2020
NR. DOCUMENTO	165074226121507
VALOR DINHEIRO	5,00
VALOR TOTAL	5,00
QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS	1

NR. AUTENTICACAO 7.986.383.0A8.60A.9D8

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações

Conta Corrente

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0207000316

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/07/2020** às **09:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/5/2020** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO LAGOA DE ONÇA- DE BOM JARDIM-PE-** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ESCOLA LIDIO XAVIER**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BOM JARDIM
117ª CIRCUNSCRIÇÃO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO (OUTRO)
JOAO KACIO FRANCISCO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO KACIO FRANCISCO

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

JOAO KACIO FRANCISCO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NATALINA MARLENE DA SILVA** Pai: **JOAO PAULO FRANCISCO** Data de Nascimento: **2/2/2003** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10897320/SDS/PE (RG), 15456826430 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Fixos:
- **95088347**

Telefones Celulares:
- **95088347**

Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO COVOCO DE BOM JARDIM-PE- - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CASA DE DONA TOINHA REGADEIRA**

JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA FRANCISCA DA CONCEIÇAO** Pai: **JOSE BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/9/1979** Naturalidade: **JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7407779/SDS/PE (RG), 06775619464 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS** Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO COVOCO DE BOM JARDIM-PE- - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CASA DE DONA TOINHA REGADEIRA**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO KACIO FRANCISCO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV5271** (PERNAMBUCO/JOAO ALFREDO) Renavam: **233771395** Chassi: **9C2KC1550AR182006**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOL/GNV**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO SITIO LAGOA DE ONÇA, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO, SAINDO DA ESTRADA E COLIDINDO COM UMA ARVORE, SOFRENDO LESÕES E ESCORIAÇÕES E CAUSANDO DANOS NA MOTO. ADUZ QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU LOCAL PARA O HOSPITAL DE BOM JARDIM, E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA.

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

JOAO KACIO FRANCISCO
Joao Kacio Francisco

(VITIMA)

B.O. registrado por: **MANOEL BEZERRA DA COSTA** - Matrícula: **3810240**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE BOM JARDIM
117ª CIRCUNSCRIÇÃO

João Kacio Francisco

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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200323667 **Vítima: JOAO KACIO FRANCISCO**

Data do Acidente: 25/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO KACIO FRANCISCO

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, contados 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

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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200323667 **Vítima: JOAO KACIO FRANCISCO**

Data do Acidente: 25/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO KACIO FRANCISCO

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$ 1.350,00

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 residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R$ 1.350,00

Recebedor: **JOAO KACIO FRANCISCO**
Valor: **R$ 1.350,00**
Banco: **001**
Agência: **000001650-0**
Conta: **0000029969-3**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 22/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO KACIO FRANCISCO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000000029969-3

Nr. da Autenticação D4B6B33EF8B18FD2

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254618/20

Vítima: JOAO KACIO FRANCISCO **Data do acidente:** 25/05/2020

CPF: 154.668.264-30 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOAO KACIO FRANCISCO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO KACIO FRANCISCO : 154.668.264-30

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 10/09/2020 Nome: JOAO KACIO FRANCISCO CPF: 154.668.264-30	Data do cadastramento: 10/09/2020 Nome: Elen Tais Alves Pereira CPF: 126.261.667-07
JOAO KACIO FRANCISCO	Elen Tais Alves Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200323667 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOAO KACIO FRANCISCO **Data do acidente:** 25/05/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE (P.5)
FRATURA DO CORPO MANDIBULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS)- MANDÍBULA(P.4); TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
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**