

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, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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.seguradoraalider.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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 00000001

Conta: 000012163549-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

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, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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



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, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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\$ 168,75

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

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 168,75

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000012163549-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - OPI da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

056.118.468-23

JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JOSE BARBOSA DA SILVA

6 - OPI: **056.118.468-23**

7 - Profissão:

REC. INFORMAR

8 - Endereço:

S1 LAGOA DA ONÇA

9 - Número:

680

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

FREI MIGUELINHO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.780-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDI):

(81)9.9700-1998

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 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo [ANEXAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> IR CUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Indicar para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

CONTA CORRENTE (todas as linhas):

Nome do BANCO: **NUBANK (260)**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Incluir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT que é: R\$ 1.000,00 reais, reconhecendo o cancelo, 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.104/74), 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.

Se isto é prosseguimento da minha pedida de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e/ou à apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de soldado de trânsito causado por veículo automóvel, conforme o disposto na Lei E.192/72.

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 - Parente: Sócio: Casado (Int. Civil): Divorciado: Separado: Viúvo: 24 - DV da 23:

civil da vítima: _____ sobrancelha _____

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: Sim Não 29 - Se tem filhos, informar: Vítima deu à^a vida: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vítima teve irmãos: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não 34 - Vítima: Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso euviés, a indemnização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a notar, de que qualquer omisão ou desvariação nôvela poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome: _____
36 - CPF: _____
37 - RG: _____
38 - Nome: _____
39 - CPF: _____
40 - Local e Data: **FREI MIGUELINHO, 25/10/2020.**
X José Barbosa da Silva Filho
Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PP.003 V002/2013

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130°CIRC DINTER1/17°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0220000252

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2020 às 14:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 9/6/2020 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, BAIRRO ZAMBA - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSIVALDO DA COSTA SILVA (OUTRO)
JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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

JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: 19/12/1957 Naturalidade: FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 11613647/SSP/SP (RG) 05611849823 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1, SITIO LAGOA DA ONÇA - CEP: 55990-090 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

JOSIVALDO DA COSTA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIVALDO DA COSTA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES Objeto apreendido: Não
Cor: FRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: K109213 (PERNAMBUCO/SURUQUI) Renavam: 8826340738 Chassi: 9C2JC3070QR454674
Ano Fabricação/Modelo: 2006/2006 Combustível: GÁSOLINA

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 09 DE MAIO DE 2020 POR VOLTA DAS 0800 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA K109213 PELO BAIRRO ZAMBA, E AO ADENTRAR NA RUA BEIRA RIO, EFETUOU UMA FREADA BRUSCA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA QUE VEIO A CAIR, TENDO O MESMO SOFRIDO LESÕES GRAVES EM SUA Perna DIREITA. NA OCASIÃO, FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DE SAMU AO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARuaru, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: PEDRO LIVIO COSTA HONORATO - Matrícula: 3996123

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: 20/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012163549-1

Nr. da Autenticação 1EE3BBEB63C8B1A8

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: 25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012163549-1

Nr. da Autenticação 82D94E80489B27A4

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica
COMER
Atendimento ao deficiente auditivo

Agência de Regulação dos Serviços PÚBLICOS DE PERNAMBUCO-ARPE: 0800-727-0167-Ligação
Agência Nacional de Energia Elétrica-ANEEL: 167-Ligação gratuita

DADOS DO CLIENTE

CLEONICE ALVES DE MOURA SILVA
CPF: 704.752.374-04 NIS: 16203577953

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SITIO LAGOA DA ONCA/FREI MIGUELINHO RURAL

SITIO LAGOA DA ONCA/FREI MIGUELINHO RURAL
55780-000 FREI MIGUELINHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

16/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,03

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/04/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

103631727

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM INVESTIMENTO
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6A62.102E.7141.3E80.8280.480B.5A2B.261

Descrição da Nota Fiscal

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10164199	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,17424342	9,93
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09352837	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,16033438	9,13
Contrib. Bim. Pública Municipal			3,13
TOTAL DA FATURA			28,03

EM ATÉ 16 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO Corte

Venc.	Di Reca	Va
16/04/20	08/04/20	50,
14/05/20	05/05/20	25,
12/06/20	07/06/20	10,

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, se cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Antecipada, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito.

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09546200	ABR
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200	MAR
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783200	FEV
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15057000	JAN

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%	
Geração de Energia	51,03	44,30	NOV
Transmissão	3,29	2,81	OUT
Distribuição (Celpe)	7,84	6,84	SET
Forneg. Serviços	0,76	0,66	AGO
Trânsitos	5,31	4,60	JUL
Pérdidas de Energia	2,47	2,12	JUN
TOTAL	21,93	100	MAI
			ABR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO METRADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANALISADA	ATUAL	Nº DÍAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
000000003190781063	CAT	09/03/2020	366,00	08/04/2020	453,00	30	1,00000 0,00 87,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS

DESCRIPÇÃO	OCORRÊNCIA	V.	AP
DIC-No de horas sem Energia	0,00		fev
PC-Nº de vezes sem Energia	0,00		
PMIC-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00		
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico	0,00		
EUSD-Valor do Encargo de Uso em R\$ 12,48	12,48		
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores D			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagou no ponto mais perto de você! Vá às variedades: avenida presidente kennedy 240 centro / olimpíco gomes monteiro - me: av presidente kennedy 140 centro lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

TENSÃO NOMINAL[V]

Nível:



Tarifa Social do Forno Elétrico Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA

Propriedade da Eletrobras
Av. João de Barros, 11 - Rio das Pedras - RJ - CEP 25150-952
CNPJ 01.185.822/0014-00 | Ins. Est. RJ 0000000000 | www.eletrobras.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 846.234.442-81

CEMETRO SERRABIM
SERRABIM/RJ
65700-000

RESIDENCIAL

Monofásico

DATA DE LIGAÇÃO:

06/12/2000 UNICA CÓDIGO: 2000

CÓDIGO DE USUÁRIO: 20114-00082 CÓDIGO DE ENDEREÇO: 2700-000

82-80

Consumo Ativo (Whs-HIISD)
Consumo Ativo (Whs-TE)
Acregente, Rendimento Ativo RELA
Cálculo Faturado Pela MTR-001
IDMS Entrevistado: CNEAP 070726887-F74019

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
00.00000000	0,47458182	40,22
00.00000000	0,35976015	30,61
		1,98
		3,69
		0,29

TOTAL DA FATURA

TIPO NETO DOR	TIPO DA FURCA	DATA ANTERIOR	DATA ATUAL	TIPO DE LEITURA	AUSTE	CONSUMO (KWH)
KWH	CAT	06-12-2000	07-01-2001	2000000000	00	11.220,00

MES/ANO	VALOR (R\$)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Conjunto Fornec.	Transmissão	Administrativa	Receita de Serviço	Outras
JAN00	00	0000000000	0,00	0,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB00	110	0000000000	0,00	110,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR00	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR00	105	0000000000	0,00	105,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY00	41	0000000000	0,00	41,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN00	114	0000000000	0,00	114,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL00	111	0000000000	0,00	111,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO00	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETE00	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT00	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV00	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ00	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN01	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB01	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR01	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR01	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY01	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN01	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL01	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AUG01	114	0000000000	0,00	114,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETE01	111	0000000000	0,00	111,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT01	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV01	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ01	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN02	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB02	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR02	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR02	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY02	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN02	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL02	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AUG02	114	0000000000	0,00	114,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETE02	111	0000000000	0,00	111,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT02	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV02	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ02	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN03	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB03	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR03	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR03	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY03	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN03	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL03	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AUG03	114	0000000000	0,00	114,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETE03	111	0000000000	0,00	111,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT03	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV03	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ03	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN04	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB04	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR04	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR04	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY04	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN04	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL04	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AUG04	114	0000000000	0,00	114,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETE04	111	0000000000	0,00	111,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT04	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV04	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ04	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN05	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB05	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR05	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR05	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY05	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN05	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL05	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AUG05	114	0000000000	0,00	114,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETE05	111	0000000000	0,00	111,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT05	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV05	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ05	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN06	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB06	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR06	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR06	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY06	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN06	109	0000000000	0,00	109,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL06	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AUG06	114	0000000000	0,00	114,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SETE06	111	0000000000	0,00	111,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT06	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV06	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ06	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN07	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB07	102	0000000000	0,00	102,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR07	103	0000000000	0,00	103,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR07	107	0000000000	0,00	107,00	00,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY07	108	0000000000	0,00	108,00	00,00	0,00	0,00		

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.118.468-23, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.118.468-23, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

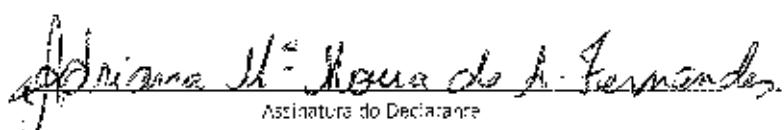
Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua JOÃO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>55.450-000</u>
Email		Telefone comercial (DDDD)	Telefone celular (DDD)
<u></u>	<u></u>	<u>(81) 9.9700-1998</u>	<u>(81) 9.9161-3907</u>

SURUBIM, 25 de JUNHO de 2020
Local e Data


Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. **José Barbosa da Silva Filho**, nascido 19 de dezembro 1957, deu entrada neste hospital no dia 09 de maio de 2020 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº5250 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5935082.

Taquaritinga do Norte, 23 de junho de 2020.



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 6250 DATA: 2020-5-9 HORA: 9:4:17

NOME: José Barbosa de Souza Filho SEXO: M DATA NASC.:
TEL:

IDADE: 63 COR: PARDA ESTADO CIVIL: CPF: SUS: 63 2205

PAI: MÃE:

ENDEREÇO: R. 2 de dezembro N°

BAIRRO: Centro CIDADE: FREI MIGUELINHO UF: PE

OCORRÊNCIA:

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 140/80 PULSO: 100 FR: _____ PESO: _____
HGT: 92 TEMPERATURA: _____ SPO₂: 95,6% GLASGOW: 15

ANAMNÉSE

Exposição de gás da pele () + fadiga ()
Sem TCE, não tencu e tive febre.

(ALTA (OBSERVAÇÃO (ITERNAMENTO (TRANSFERÊNCIA (ÓBITO

PROCEDIMENTO:

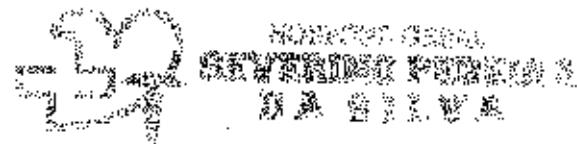
- (1) Vcpxg. t mafra
(2) Sf c/gx. 500 ml EV Drº Antônio Amorim
(3) SVI Fato: 40 kg pedias CRM-PE: 29165

HBD - 59.35.082

- Realizada SVI com suspeita genital. Dispensada SVI para procedimento verbal com paciente, sem estíntico.

Rosângela Miranda
QSR-UNIFAT-ENF

ATENDENTE: TIEL TRAVASSOS DE MOURA



RECEITUÁRIO MÉDICO

José Batista da Silva Filho, E.A.

de medicina em 6º ano de curso:
Prof. Dr. São TOE, não é falso nome.
Foi de medicina???

MED - 5635 087

CRM - PE

Drs. Antônio Antônio
CRM-PE 29165



FEDERAL
UNIVERSITY
UFPEL
PERNAMBUCO

SALVADOR

Maria Helena dos Santos
Dirigente Administrativo - FUNJAG
Matrícula: 000647

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) José Barbosa da Silva Filho , com Registro Hospitalar: 358392, esteve interno (a) nesta unidade de saúde no dia , 09/05/2020 a 14/05/2020

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 09 de Julho 2020

RCB 104.0760269-2
PIS/INSS: 00000000000000000000
Anelarco Gomes
Caruaru

Setor de Arquivo (selme)

INTERNAZIONALE REGIONALE IN AGRISE E EMERGENZA

SECRETARIA DE DESARROLLO SUSTENTABLE Y MEDIO AMBIENTAL

INFORME DE OPERACIONES

MICROESTACIÓN NÚMERO ALFÉREZ, MEXICO

Fotoenc.

Días:

Horas:

Lecturas:

Alimentación:

Altares:

INFORME DE ALIMENTACIONES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO	Nº Registro:
Clinica: ORTOPEDIA	Nº do leito:
Operador: DR. MARCIO CAVALCANTI	
1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R2	2º Assistente:
Instrumentador: VICTOR	Anestesista: Dr. Gilene
Anestesia: RAQUIANESTESIA	Duração:
Data da Operação: 13/05/2020	Início: _____
	Término: _____

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSÍTESE DE FRATURA DE TIBIA D COM HASTE BLOQUEADA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL AO JOELHO D + INTRODUZIDO INICIADOR SOB FLUORÓSCOPIA
4. PASSAGEM DE FIO GUIA + FRESGAMENTE DO CANAL MEDULAR + INSTALAÇÃO DE HASTE COM BLOQUEIOS PROXIMAS E DISTAIS
5. LAVAGEM DA FERIDA COM SFO,9%
6. SUTURA POR PLANOS E PELE COM NYLON 3,0
7. CURATIVO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA
RESUMO DE ALTA

Nome: José Geraldo da Silva Filho

Prontuário: 358399 358390

Data: 14/05/20 Hora: _____

DIAGNÓSTICO: Fistula perineal

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Não admissível em 10 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

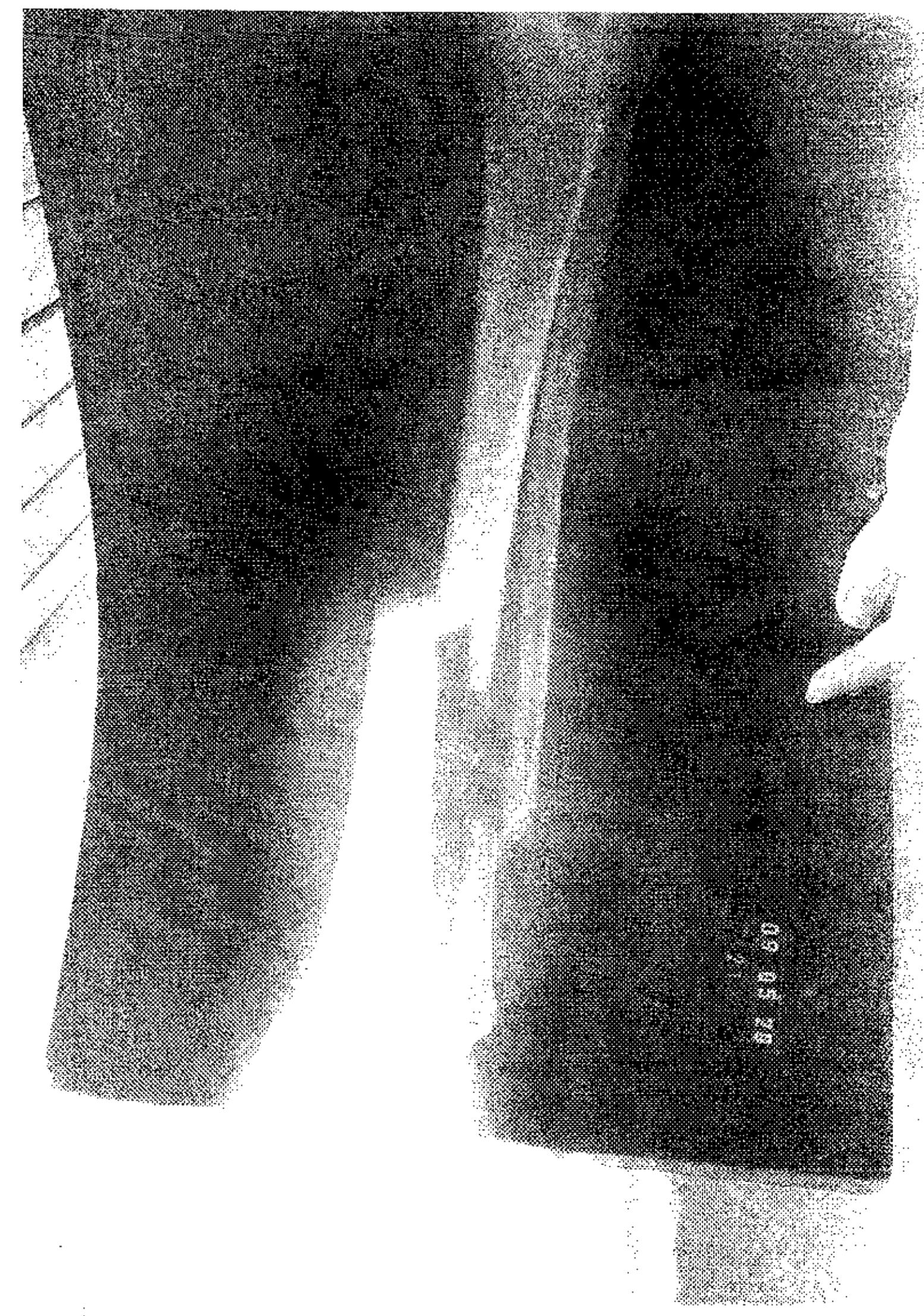
1 fio círculo
Antibiototerapia dura

Ato Hospitalar Data: 14/05/2020
16/05/20

61
Dr. Geraldo Filho

DR. GERALDO
FILHO
CRM 10000

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Portaria Pública
Número de Portaria Pública

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

056.118.488-23

Nome

JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Nascimento

19/12/1957

VALIDO SOMENTE COM O COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

E0A3-B92E-F123-F951

A validade desta carteira comprovante devem ser confirmadas no site do MCTF, no endereço:

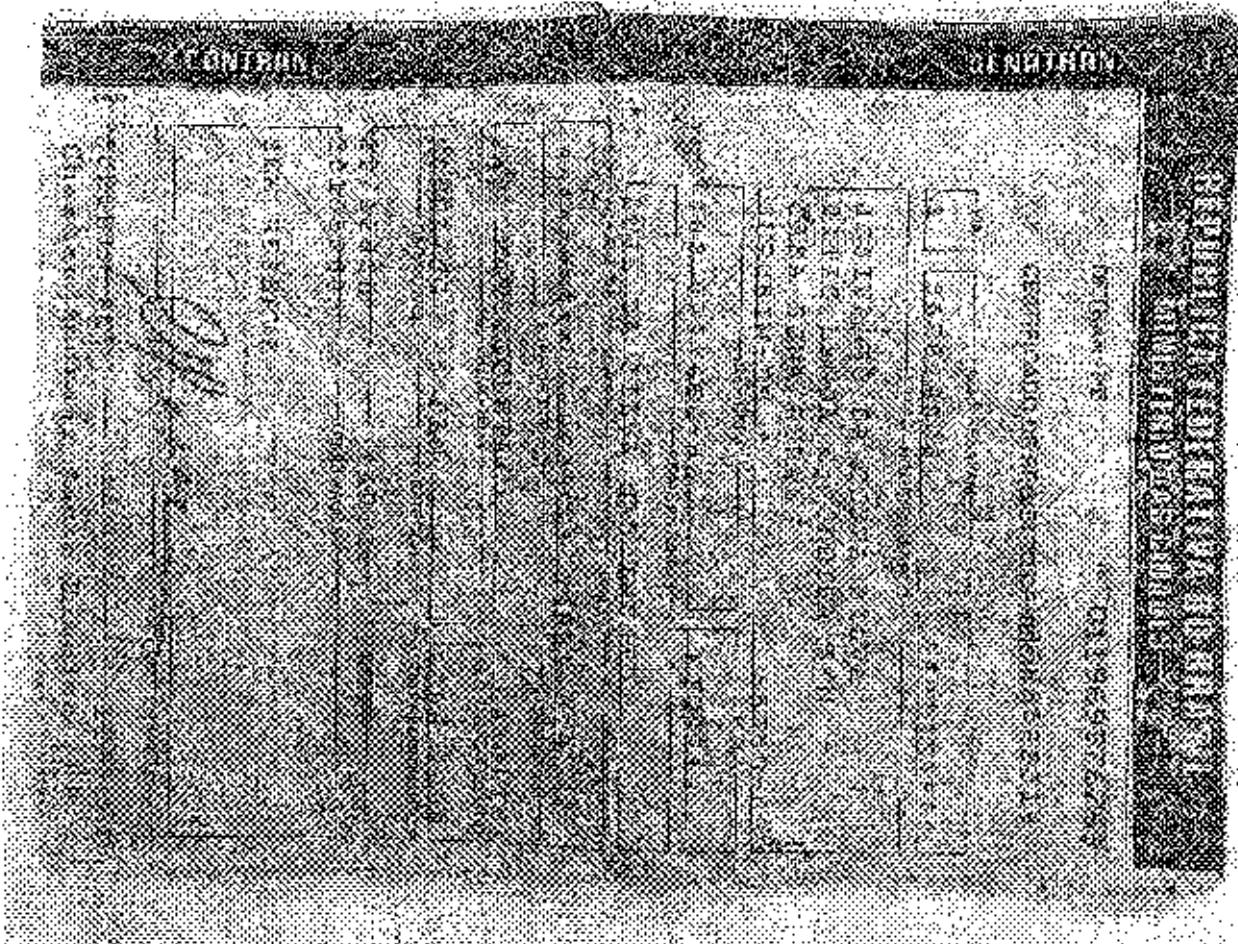
www.mctf.mct.gov.br

Comprovante emitido pela:

Secretaria da Fazenda Pública do Brasil

05222731-000-00 - 27/10/2016 (não é data de Expiração)

00000000000000000000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200284275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 09/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.6.8 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200284275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 09/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da perna direita (tibia)

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido em 09/05/2020 a tratamento cirúrgico com colocação de fixador externo linear em perna direita, posteriormente em 13/05/2020 realizada nova cirurgia para retirada do fixador e realizada osteossíntese com colocação de haste com bloqueios proximais e distais da tibia direita. Evoluindo sem complicações registradas, com alta médica.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU SEVERO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/08/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO GRAU LEVE. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO TORNOZELO DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO TORNOZELO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
		Total	1,25 %	R\$ 168,75

**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: **3200284275**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT LAGOA DA ONCA, 680, CASA, Frei Miguelinho/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP-SP / 11613047**

Data e local do acidente: **09/05/2020 - Taquaritinga do Norte/PE**

Data e local do exame: **17/09/2020 - Caruaru/PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.27084 , longitude: -35.978**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da perna direita (tíbia)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

osteossíntese com fixador externo no primeiro tempo e haste no segundo tempo

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

dano do tornozelo direito

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 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.

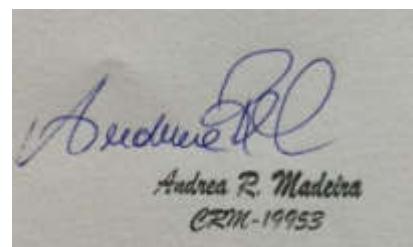
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222996/20

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

CPF: 056.118.468-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2020

Titular do CPF: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO : 056.118.468-23

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: 10/08/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 03 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 32 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 92 35

Número do pedido DPVAT: 3200284275

Nome do Beneficiário: José Barbosa da Silva Filho

Data da solicitação: 31/08/20

DD/MM/AA

CPF do beneficiário: 056.118.468-23

CPF do solicitante:

Nome do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9665-0454

Tel. Comercial: (81)

Tel. Residencial: (81)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PÉDIGO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM; Informe qual(s) documento(s) estão sendo encaminhado(s):

- Novos documentos médicos
 laudo de IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares

Outros:

Doc. de Imagem

(DESCRIVENDO)

NO CÂMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que meu processo seja reanalisado, pois foi liberado um valor inferior a que tenho direito, peço que seja marcado uma perícia para que seja analisado minhas sequelas.

* José Miguelinho, 31 de Agosto de 2020.
Local e Data

* José Barbosa da Silva DFO
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPRESSO/INTER

Depois de preencher todos os dados, inscreva o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que seu enunciado foi totalmente feito o pedido daquele DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deve ser auxiliado por sua convivência, alfabetizada, incluir o capaz, para preencher o modelo de formulário, se seu profílio (a seu rogo).