
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

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%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: INTERRUÇÃO 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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSÉ BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 056.118.468-23
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: SI 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 (DDD): 151 99300-1998

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 - 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:

☒ R\$ CUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todas as linhas)

Nome do BANCO: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 12163549
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o cancelo, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualquer outro 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.04/74), 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 não 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 ordens da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do casamento:
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 nascido (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, a partir 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 298 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, FREI MIGUELINHO, 25/06/2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 9/5/2020 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)
JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: 19/12/1957 Naturalidade: FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 11613047/SSP/SP (RG), 05611049523 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 4ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1, SÍTIO LAGOA DA ONÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: 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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSIVALDO DA COSTA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN 85** Objeto apreendido: Não
Cor: **PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIO9213 (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: 882634038 Chassi: 9C2JC30706R454674**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006 Combustível: GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 09 DE MAIO DE 2020 POR VOLTA DAS 0800 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KIO9213 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 DO GABU 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

JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO
(VÍTIMA)

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

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 ASI: 3 - CPF 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSÉ BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 056.118.468-23
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: SI 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 (DDD): 151 99300-1998

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 - 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:

☒ R\$ CUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todas as linhas)

Nome do BANCO: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 12163549
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o cancelo, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualquer outra ação de 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.04/74), 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 não 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 ordens da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do casamento:

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 nascido (ou nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, a partir 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 298 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, FREI MIGUELINHO, 25/06/2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 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. JOÃO DE BARRÓS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAGOA DA ONA 680

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 N
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6A62.102E.7141.3E80.8280.480B.5A2B.26C

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. Hum. Pública Municipal			3,13

TOTAL DA FATURA

28,03

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	24,90	1,10	0,27
					24,90
					4,99
					1,24

EM ATÉ 16 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	DI Real	Va
16/03/20	08/04/20	30
14/02/20	05/03/20	28

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO
debitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento
de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, por
cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/10 e
cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de cr

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	0,08783250	FEV
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15057000	JAN

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%	
Geração de Energia	51,03	44,30	OUT
Transmissão	5,29	5,18	SET
Distribuição (Celpe)	7,84	31,48	AGO
Fabricação de Energia	0,70	3,05	JUL
Tributos	2,41	6,06	JUN
Perdas de Energia	2,47	9,92	MAY
TOTAL	21,50	100	ABR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MEMBRADO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003190751963	CAT	08/03/2020 366,00	08/04/2020 453,00	30	1,00000	0,00	87,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIA	V AP
DIC-No.de horas sem Energia		0,00
RC-No.de vezes sem Energia		0,00
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico		
BSD-Valor do Encargo de Uso R\$ 12,48		
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos índices de D		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Illy variedades: avenida presidente Kennedy 240 centro / olimpico 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.

NÍVEL

TENSÃO NOMINAL[V]



Companhia Linhas Aéreas de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 53050-952
CNPJ 13.085.882/0001-00 | Insc. Est. 0007543-99 | www.elpa.com.br

DATE: 20-03-2024

...[\[14\]](#) [\[15\]](#) [\[16\]](#) [\[17\]](#) [\[18\]](#) [\[19\]](#) [\[20\]](#) [\[21\]](#) [\[22\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#) [\[30\]](#) [\[31\]](#) [\[32\]](#) [\[33\]](#) [\[34\]](#) [\[35\]](#) [\[36\]](#) [\[37\]](#) [\[38\]](#) [\[39\]](#) [\[40\]](#) [\[41\]](#) [\[42\]](#) [\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[45\]](#) [\[46\]](#) [\[47\]](#) [\[48\]](#) [\[49\]](#) [\[50\]](#) [\[51\]](#) [\[52\]](#) [\[53\]](#) [\[54\]](#) [\[55\]](#) [\[56\]](#) [\[57\]](#) [\[58\]](#) [\[59\]](#) [\[60\]](#) [\[61\]](#) [\[62\]](#) [\[63\]](#) [\[64\]](#) [\[65\]](#) [\[66\]](#) [\[67\]](#) [\[68\]](#) [\[69\]](#) [\[70\]](#) [\[71\]](#) [\[72\]](#) [\[73\]](#) [\[74\]](#) [\[75\]](#) [\[76\]](#) [\[77\]](#) [\[78\]](#) [\[79\]](#) [\[80\]](#) [\[81\]](#) [\[82\]](#) [\[83\]](#) [\[84\]](#) [\[85\]](#) [\[86\]](#) [\[87\]](#) [\[88\]](#) [\[89\]](#) [\[90\]](#) [\[91\]](#) [\[92\]](#) [\[93\]](#) [\[94\]](#) [\[95\]](#) [\[96\]](#) [\[97\]](#) [\[98\]](#) [\[99\]](#) [\[100\]](#) [\[101\]](#) [\[102\]](#) [\[103\]](#) [\[104\]](#) [\[105\]](#) [\[106\]](#) [\[107\]](#) [\[108\]](#) [\[109\]](#) [\[110\]](#) [\[111\]](#) [\[112\]](#) [\[113\]](#) [\[114\]](#) [\[115\]](#) [\[116\]](#) [\[117\]](#) [\[118\]](#) [\[119\]](#) [\[120\]](#) [\[121\]](#) [\[122\]](#) [\[123\]](#) [\[124\]](#) [\[125\]](#) [\[126\]](#) [\[127\]](#) [\[128\]](#) [\[129\]](#) [\[130\]](#) [\[131\]](#) [\[132\]](#) [\[133\]](#) [\[134\]](#) [\[135\]](#) [\[136\]](#) [\[137\]](#) [\[138\]](#) [\[139\]](#) [\[140\]](#) [\[141\]](#) [\[142\]](#) [\[143\]](#) [\[144\]](#) [\[145\]](#) [\[146\]](#) [\[147\]](#) [\[148\]](#) [\[149\]](#) [\[150\]](#) [\[151\]](#) [\[152\]](#) [\[153\]](#) [\[154\]](#) [\[155\]](#) [\[156\]](#) [\[157\]](#) [\[158\]](#) [\[159\]](#) [\[160\]](#) [\[161\]](#) [\[162\]](#) [\[163\]](#) [\[164\]](#) [\[165\]](#) [\[166\]](#) [\[167\]](#) [\[168\]](#) [\[169\]](#) [\[170\]](#) [\[171\]](#) [\[172\]](#) [\[173\]](#) [\[174\]](#) [\[175\]](#) [\[176\]](#) [\[177\]](#) [\[178\]](#) [\[179\]](#) [\[180\]](#) [\[181\]](#) [\[182\]](#) [\[183\]](#) [\[184\]](#) [\[185\]](#) [\[186\]](#) [\[187\]](#) [\[188\]](#) [\[189\]](#) [\[190\]](#) [\[191\]](#) [\[192\]](#) [\[193\]](#) [\[194\]](#) [\[195\]](#) [\[196\]](#) [\[197\]](#) [\[198\]](#) [\[199\]](#) [\[200\]](#) [\[201\]](#) [\[202\]](#) [\[203\]](#) [\[204\]](#) [\[205\]](#) [\[206\]](#) [\[207\]](#) [\[208\]](#) [\[209\]](#) [\[210\]](#) [\[211\]](#) [\[212\]](#) [\[213\]](#) [\[214\]](#) [\[215\]](#) [\[216\]](#) [\[217\]](#) [\[218\]](#) [\[219\]](#) [\[220\]](#) [\[221\]](#) [\[222\]](#) [\[223\]](#) [\[224\]](#) [\[225\]](#) [\[226\]](#) [\[227\]](#) [\[228\]](#) [\[229\]](#) [\[230\]](#) [\[231\]](#) [\[232\]](#) [\[233\]](#) [\[234\]](#) [\[235\]](#) [\[236\]](#) [\[237\]](#) [\[238\]](#) [\[239\]](#) [\[240\]](#) [\[241\]](#) [\[242\]](#) [\[243\]](#) [\[244\]](#) [\[245\]](#) [\[246\]](#) [\[247\]](#) [\[248\]](#) [\[249\]](#) [\[250\]](#) [\[251\]](#) [\[252\]](#) [\[253\]](#) [\[254\]](#) [\[255\]](#) [\[256\]](#) [\[257\]](#) [\[258\]](#) [\[259\]](#) [\[260\]](#) [\[261\]](#) [\[262\]](#) [\[263\]](#) [\[264\]](#) [\[265\]](#) [\[266\]](#) [\[267\]](#) [\[268\]](#) [\[269\]](#) [\[270\]](#) [\[271\]](#) [\[272\]](#) [\[273\]](#) [\[274\]](#) [\[275\]](#) [\[276\]](#) [\[277\]](#) [\[278\]](#) [\[279\]](#) [\[280\]](#) [\[281\]](#) [\[282\]](#) [\[283\]](#) [\[284\]](#) [\[285\]](#) [\[286\]](#) [\[287\]](#) [\[288\]](#) [\[289\]](#) [\[290\]](#) [\[291\]](#) [\[292\]](#) [\[293\]](#) [\[294\]](#) [\[295\]](#) [\[296\]](#) [\[297\]](#) [\[298\]](#) [\[299\]](#) [\[300\]](#) [\[301\]](#) [\[302\]](#) [\[303\]](#) [\[304\]](#) [\[305\]](#) [\[306\]](#) [\[307\]](#) [\[308\]](#) [\[309\]](#) [\[310\]](#) [\[311\]](#) [\[312\]](#) [\[313\]](#) [\[314\]](#) [\[315\]](#) [\[316\]](#) [\[317\]](#) [\[318\]](#) [\[319\]](#) [\[320\]](#) [\[321\]](#) [\[322\]](#) [\[323\]](#) [\[324\]](#) [\[325\]](#) [\[326\]](#) [\[327\]](#) [\[328\]](#) [\[329\]](#) [\[330\]](#) [\[331\]](#) [\[332\]](#) [\[333\]](#) [\[334\]](#) [\[335\]](#) [\[336\]](#) [\[337\]](#) [\[338\]](#) [\[339\]](#) [\[340\]](#) [\[341\]](#) [\[342\]](#) [\[343\]](#) [\[344\]](#) [\[345\]](#) [\[346\]](#) [\[347\]](#) [\[348\]](#) [\[349\]](#) [\[350\]](#) [\[351\]](#) [\[352\]](#) [\[353\]](#) [\[354\]](#) [\[355\]](#) [\[356\]](#) [\[357\]](#) [\[358\]](#) [\[359\]](#) [\[360\]](#) [\[361\]](#) [\[362\]](#) [\[363\]](#) [\[364\]](#) [\[365\]](#) [\[366\]](#) [\[367\]](#) [\[368\]](#) [\[369\]](#) [\[370\]](#) [\[371\]](#) [\[372\]](#) [\[373\]](#) [\[374\]](#) [\[375\]](#) [\[376\]](#) [\[377\]](#) [\[378\]](#) [\[379\]](#) [\[380\]](#) [\[381\]](#) [\[382\]](#) [\[383\]](#) [\[384\]](#) [\[385\]](#) [\[386\]](#) [\[387\]](#) [\[388\]](#) [\[389\]](#) [\[390\]](#) [\[391\]](#) [\[392\]](#) [\[393\]](#)

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RIA JOAO BATISTA STO

CP# 395 234 144-01

CENTROSLERBIM

WASSERKUNDE

SKIRJON PE.

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Montesol

0.75 4.00 0.00

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

001265803

UNY &

◎ 關於「環境」與「環境教育」

இதன்மூலம்

2011-1-28088

225608

品名: 白米

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (M³) - T11SD	86,40000000	0,47568182	41,22
Consumo Água (M³) - T12	99,00000000	0,35976725	35,57
Consumo Água (M³) - T13			1,88
Consumo Água (M³) - T14			3,69
Consumo Água (M³) - T15			0,00

TOTAL PAYABLE \$0

Nº DO MEDICAMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DOSE	FREQÜÊNCIA	AJUSTE	COMENTÁRIO (P/R)
		DOSE	LEITURA	DATA	LEITURA				
ALOH-	CAT	0,0000	20,0000	20-01-2000	20,0000	20	1,0000		20,00

[illegible]

APR 24 11:17 AM '07

En la presente se reportan los resultados de un estudio de campo realizado en la zona de El Estero de San Juan, en el municipio de San Juan, Estado de Veracruz, México, con el propósito de determinar la presencia de los factores de riesgo para la transmisión de la enfermedad de Chagas. Se realizó un estudio de campo en la zona de El Estero de San Juan, en el municipio de San Juan, Estado de Veracruz, México, con el propósito de determinar la presencia de los factores de riesgo para la transmisión de la enfermedad de Chagas. Se realizó un estudio de campo en la zona de El Estero de San Juan, en el municipio de San Juan, Estado de Veracruz, México, con el propósito de determinar la presencia de los factores de riesgo para la transmisión de la enfermedad de Chagas.

[illegible]

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0300 221206 (exceto 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 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 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.

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 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^º M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF nº 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (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^º 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

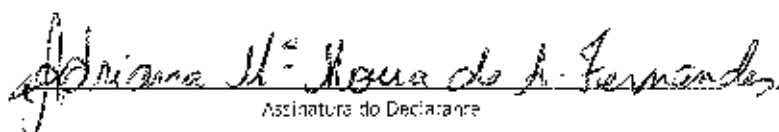
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9161-3907</u>

SURUBIM, 25 de JUNHO de 2020

Local e Data


Assinatura do Declarante



FUNDATA

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

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.


Maria Magda dos Santos
Diretora Administrativa
Matrícula: 000247

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 da Silva Filho SEXO: M DATA NASC: _____
TEL: _____

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

PAI: MÃE: _____

ENDEREÇO: Rua da Igreja Nº _____

BAIRRO: Centro * CIDADE: FREI MIGUELINHO UF: PE

OCORRÊNCIA: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 170x130 PULSO: 102 FR: _____ PESO: _____
HGT: 1.72 TEMPERATURA: _____ SPO₂: 95.5% GLASGOW: 15

ANAMNÊSE

Ex - exposição de gases da prensa (D) + fadiga muscular (??).
Sem TCC, não houve afixação de eletrodos.

() ALTA () OBSERVAÇÃO () ITERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

PROCEDIMENTO:

① limpeza + higiene

② SF 0.3% 500 ml EV

③ SVD Fato: 10% de gordura

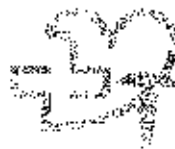
Dr. Antônio Amorim
CRM-PE: 29165

HRD - 59.35 082

- Realizada SVD com suporte gentel. Injeção de SVD m. de
procedimento: estudo com paciente, usando cateter.

ROSAMIRANDA
147-ENF

ATENDENTE: TIEL TRAVASSOS DE MOURA



MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

José Gustavo da Silva Filho, etc.

de motricidade em 6 episódios de 15 min.
Muito @. Sem TCE, não o tolera mais.
Fe de mandado???

MED - 5935 087

CRTO - Taquaritinga

7

Dr. Antônio Attolini
CRM-PE 28165



MUNICÍPIO DE
TAQUARITINGA
GOIÁS
Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA
DE SAÚDE



Maria Magda dos Santos
Diretora Administrativa - FURJAGE
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 a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 09 de Julho 2020

09.794.975/0269-21
ESAM - Hospital Regional do Agreste
R. 130, Km 130
Indianópolis - PE
Caruaru - PE

Setor de Arquivo (sane)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA



Nome do Paciente: _____

Assimil. em 60 dias: _____

Nome: JOSE MARIA DA SILVA FILHO

Idade: 45 anos

Sexo: MASCULINO

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA DA PAZ, 123 - JARDIM NOVO

Cidade: RECIFE - PE

Telefone: (081) 333-1234

Nome do Médico: DR. JOSE CARLOS DA SILVA

Assinatura: _____

Local de atendimento: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Unidade de atendimento: URGÊNCIA

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE AGRISTO

Fórmula: *1000 0-1-1000 5-1-1000* Nº de Registro: *1000 0-1-1000*Obras: *1000 0-1-1000* Nº de Plano: *1000 0-1-1000*Nº de Serviço: *1000 0-1-1000*1. Saliente: *1000 0-1-1000*2. Saliente: *1000 0-1-1000*3. Saliente: *1000 0-1-1000*4. Saliente: *1000 0-1-1000* 5. Saliente: *1000 0-1-1000*6. Saliente: *1000 0-1-1000*7. Saliente: *1000 0-1-1000*8. Saliente: *1000 0-1-1000*9. Saliente: *1000 0-1-1000*10. Saliente: *1000 0-1-1000*11. Saliente: *1000 0-1-1000*12. Saliente: *1000 0-1-1000*13. Saliente: *1000 0-1-1000*14. Saliente: *1000 0-1-1000*15. Saliente: *1000 0-1-1000*16. Saliente: *1000 0-1-1000*17. Saliente: *1000 0-1-1000*18. Saliente: *1000 0-1-1000*19. Saliente: *1000 0-1-1000*20. Saliente: *1000 0-1-1000*21. Saliente: *1000 0-1-1000*22. Saliente: *1000 0-1-1000*23. Saliente: *1000 0-1-1000*24. Saliente: *1000 0-1-1000*25. Saliente: *1000 0-1-1000*26. Saliente: *1000 0-1-1000*27. Saliente: *1000 0-1-1000*28. Saliente: *1000 0-1-1000*29. Saliente: *1000 0-1-1000*30. Saliente: *1000 0-1-1000*

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: IDSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. MARCIO CAVALCANTI

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN RZ

2º Assistente:

Instrumentador: VICTOR

Anestesista: Dr. Gileno

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 13/05/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA D DIAFISARIA

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSINTESE 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 FLUOROSCOPIA
4. PASSAGEM DE FIO GUIA + FRETAGEM DO CANAL MEDULAR + INSTALAÇÃO DE HASTE COM BLOQUEIOS PROXIMAIS E DISTAIS
5. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
6. SUTURA POR PLANOS E PELE COM NYLON 3.0
7. CURATIVO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Assinatura do Operador
MARCIO CAVALCANTI
CRM 123456
13/05/2020

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

Nome: Jane Barbosa da Silva Rêgo
Prontuário: ~~358399~~ 358392
Data: 14/05/20 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fx. Perim D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Ho. atendeu em 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

fx. aberta
ATB + D + H + cultura de rotina

Ato Hospitalar Data:

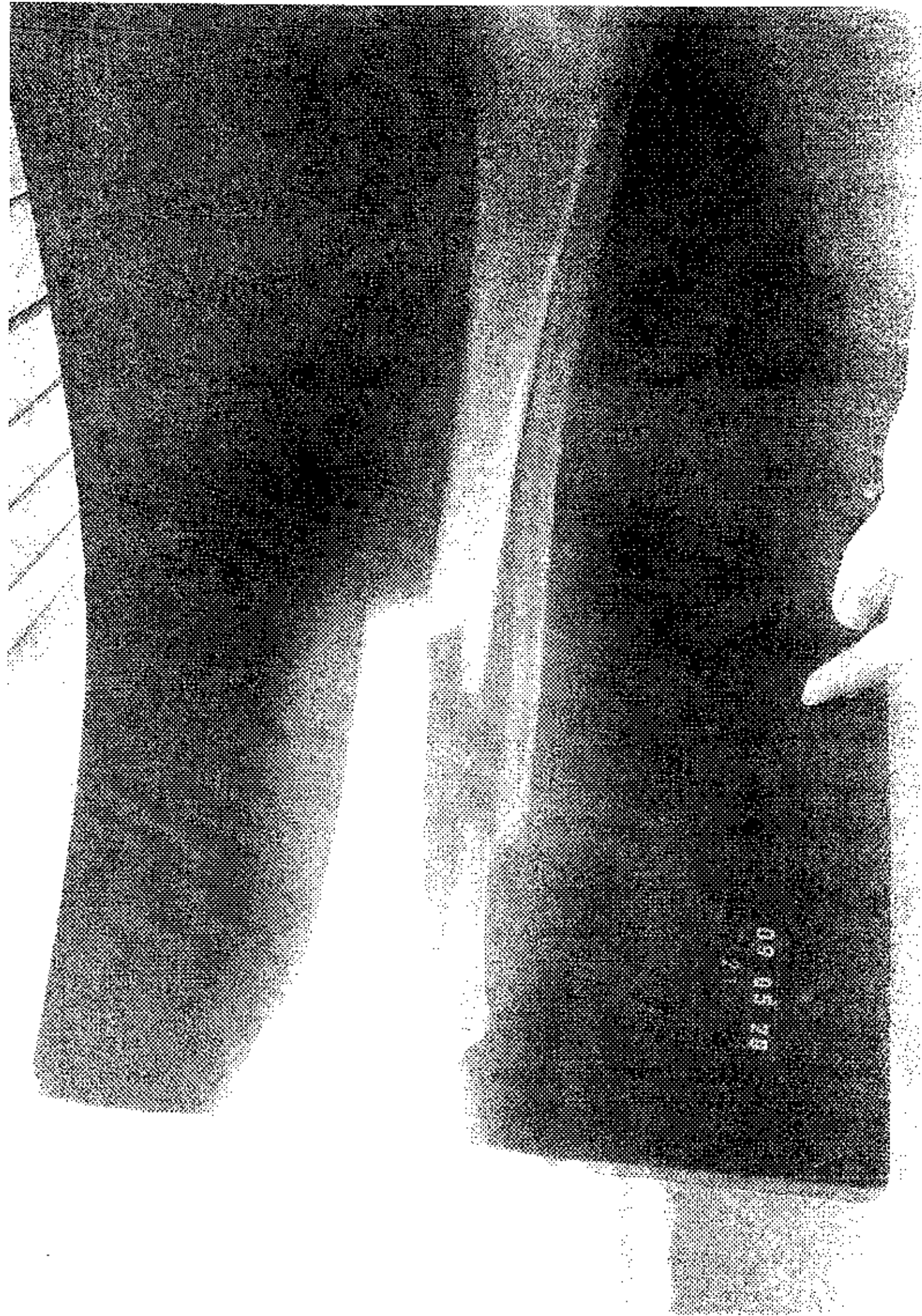
16/06/20

64

Dr. Andréio Melo

Dr. Ricardo Barbosa
Impressão e Assinatura
Data: 16/06/20

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recada Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
056.118.488-23

Nome
JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Nascimento
19/12/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
EDA3.E32E.F123.F951

Para autenticação deste comprovante deverá
ser conferido na internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido para
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 26/02/2016 às 11:27:16 (data e hora de emissão)
Código verificador: 00

CONTINUED

RENTAL

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

CHAS. W. HARRIS

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). 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 (tíbia)

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofia 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 tíbia 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 atrofia 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. Nexô 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.

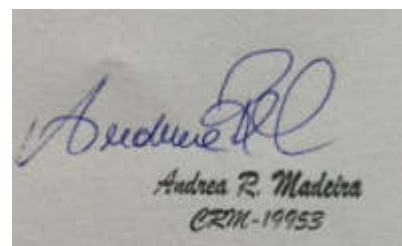
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "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:



Andrea R. Madeira
CRM-19953

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222996/20

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

CPF: 056.118.468-23

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 09/05/2020

Titular do CPF: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

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

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 04

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200284275**

Data da solicitação: **31/08/20**
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **José Barbosa da Silva Filho**

CPF do beneficiário: **056.118.468-23**

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **9.965-0454**
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAME (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 REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe quais documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Relatório de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: **Doc. de Imagem**

(DESCREVA)

NO CAMPO 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.

x Inef. Miguelinho, 31 de Agosto de 2020.
Local e Data

x José Barbosa da Silva Filho
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário inválido não habilitado:

O não habilitado deverá, antes de assinar, apresentar, imprimir e copiar, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).