

---

**Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200344071**

**Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 18/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**

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, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344071

Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.350,00 |

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000075070-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

026.639.074-99 Ricardo Francisco da Sombra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - ORÇULAR SUSSEP Nº 461/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

23 - Estado civil da vítima:

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido?

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

34 - Assinatura da vítima ou representante legal

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:

39 - 2ª Nome:

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -  
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0128001188**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2020** às **14:41**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **18/6/2020** às **09:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, AV. PRINCIPAL, CAPIBARIBE, PROX AO POSTO IPIRANGA** - Bairro: **CENTRO** - **SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54735-784**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO (AUTOR / AGENTE)  
MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)  
RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

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

**MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino**  
Mãe: **SEVERINA ANA DO NASCIMENTO FERREIRA** Pai: **JOSE DE MELO FERREIRA** Data de Nascimento: **22/6/1978**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6227388/SDS/PE (RG)** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 100, PENEDO.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SOCORRO SILVA DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **4/11/1977**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 100, PENEDO.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**INDIVÍDUO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO 01 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: **PFA3202** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

**VEICULO 02 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a) **INDIVIDUO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **INDIVIDUO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: **PQ25478** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

## Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NA DATA CITADA, O SEU MARIDO ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA: PFA3202, QUANDO UM AUTOMOVEI DE PLACA PQ25478, ENTROU REPENTINAMENTE NA VIA EM QUE O MESMO ESTAVA, CAUSANDO ASSIM A COLISÃO ENTRE OS VEICULOS. AFIRMA QUE SEU MARIDO SOFREU LESÃO NA REGIÃO DA CABEÇA, SENDO SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. ACRESCENTA AINDA QUE O OUTRO ENVOLVIDO DO ACIDENTE PERMANECERU NO LOCAL ATÉ A CHEGADA DO SOCORRO.

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

**MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MAGNUM SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: 273258-0  
(Liberado em 19/06/2020 às 14:56)





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2020APH000291 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>(a)</sup>. MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA, 42 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 6227388 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 038.664.094-78, residente à RUA PEDRO ALVES CABRAL, nº 100, , PENEDO, SAO LOURENÇO DA MATA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/06/2020, por volta das 10:00 hs, no endereço: AV DR BELMIRO CORREIA, XXX, CAPIBARIBE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, envolvendo ONIX, PRATA, PGZ 5478 PE; HONDA FAN, ROXA, PFA 3202 PE; , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr<sup>(a)</sup> RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS, inscrito sob o CPF nº 026.639.074-99 e Registro Geral ° 5368154, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT BM 940464-3 GEORGE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1723825. Ficou aos cuidados do médico PAULO M. DE BARROS, registro 23303. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 24/09/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000291*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

# 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: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000075070-3

---

Nr. da Autenticação A96B854040D25497



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS  
PX AO COLEGIO CLODOALDO GOMES  
CPF: 026.639.074-99

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO ALVARES CABRAL 100

PENEDO DE CIMA/SÃO LOURENÇO DA MATA  
54715-020 SÃO LOURENÇO DA MATA 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](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO

15/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/09/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/09/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

123078176

CONTA CONTRATO

004002018530

Nº DO CLIENTE

2001626303

Nº DA INSTALAÇÃO

0003634759

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5B90.27CE.7097.D086.8CCA.E8E5.8A1F.8A75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD                  | 143,00     | 0,46868745 | 67,02       |
| Consumo Ativo(kWh)-TE                    | 143,00     | 0,36429296 | 52,09       |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |            | 17,41       |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 115173092-07/07/20 |            |            | 0,99        |
| Multa por atraso-NF 118994155 - 07/08/20 |            |            | 2,13        |
| Juros por atraso-NF 118994155 - 07/08/20 |            |            | 0,53        |
| Atualização IGPM-NF 118994155 - 07/08/20 |            |            | 1,51        |
| PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989 |            |            | 0,98        |
| TOTAL DA FATURA                          |            |            | 142,66      |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |       |                  |                 |      |                  |                 |      |                  |
|-------------------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| ICMS                    |       |                  | PIS             |      |                  | COFINS          |      |                  |
| BASE DE CÁLCULO         | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 119,11                  | 25,00 | 29,77            | 119,11          | 1,06 | 1,26             | 119,11          | 4,99 | 5,94             |

| Tarifas Aplicadas       |            | HISTÓRICO DO CONSUMO |     |
|-------------------------|------------|----------------------|-----|
| Consumo Ativo(kWh)-TUSD | 0,32316000 | SET 20               | 143 |
| Consumo Ativo(kWh)-TE   | 0,25118000 | AGO 20               | 128 |
|                         |            | JUL 20               | 165 |
|                         |            | JUN 20               | 120 |
|                         |            | MAI 20               | 173 |
|                         |            | ABR 20               | 176 |
|                         |            | MAR 20               | 119 |
|                         |            | FEV 20               | 118 |
|                         |            | JAN 20               | 124 |
|                         |            | DEZ 19               | 124 |
|                         |            | NOV 19               | 98  |
|                         |            | OUT 19               | 103 |
|                         |            | SET 19               | 108 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |             |
|-----------------------|-------------|
| R\$                   | %           |
| Geração de Energia    | 36,40 30,56 |
| Transmissão           | 5,16 4,33   |
| Distribuição (Celpe)  | 26,81 22,51 |
| Encargos Setoriais    | 5,17 4,34   |
| Tributos              | 36,96 31,03 |
| Perdas de Energia     | 8,61 7,23   |
| TOTAL                 | 119,11 100  |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR  | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR            | ATUAL               | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|--------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 000000003191788124 | CAT            | 07/08/2020 1.330,00 | 08/09/2020 1.473,00 | 32      | 1,00000   | 0,00   | 143,00      |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO                                                                                          | CONJUNTO  | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|-------------|------------|------------|
| jul/2020                                                                                           |           |               |             |            |            |
| DIC-No.de horas sem Energia                                                                        | TABATINGA | 0,00          | 5,67        | 11,34      | 22,69      |
| FIC-No.de vezes sem Energia                                                                        |           | 0,00          | 3,30        | 6,60       | 13,20      |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua                                                        |           | 0,00          | 3,29        | 0,00       | 0,00       |
| Limite DICRI: 12,22                                                                                |           |               |             |            |            |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,21                                                           |           |               |             |            |            |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |           |               |             |            |            |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! credimoveis: rua doutor luis correira de araujo 106 centro / o armazem: r. dr. pedro augusto correira de araujo 96 centroLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.  
Acesse [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |        |
|-------------------|-----------------------|--------|
|                   | MÍNIMO                | MÁXIMO |
| 220               | 202                   | 231    |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

004002018530

MÊS/ANO

09/2020

TOTAL A PAGAR(R\$)

0,00

VENCIMENTO

15/09/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                       |                                      |                          |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS | PRONTUÁRIO:<br>1723852               | ATENDIMENTO:<br>01582264 |
| DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1977        | FOI ATENDIDO EM: 18/06/2020 ÀS 10:44 |                          |
|                                       | DATA DA ALTA: 21/06/2020 ÀS 09:18    |                          |

#### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA CZO BILATERAL, OPN, MAXILA, BLOW OUT (E).  
CID: S02.5  
PACIENTE NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

#### Tratamento Realizado:

- 1) NO DIA 18/06/2020 REALIZADO POR DR. MAXSUEL, LIMPEZA + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM FACE.
- 2) NO DIA 19/06/2020 REALIZADO POR DRA. ANA BEATRIZ, INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH BEMAXILAR + REDUÇÃO INCRUENTA DE OPN + TNA.
- 3) NO DIA 21/06/2020 REALIZADO POR DR. MAXSUEL, REMOÇÃO DE TNA + BMM.

#### Observação:

- 1) ORIENTO DIETA LÍQUIDA/PASTOSA
- 2) ORIENTO HIGIENE ORAL
- 3) ORIENTO CUIDADOS DOMICILIARES
- 4) PRESCRIÇÃO

#### Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DR. DIRCEU NO DIA 21/07/2020 ÀS 07:00.  
FAZER MARCAÇÃO COM ANTECEDENCIA (ACERTO ENCADE).  
TRAZER TODOS OS EXAMES.

MAXSUEL BEZERRA DA SILVA - CRM: Nº 5692020

Recife, 21, JUNHO, 2020

#### ATENÇÃO:

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5368154 SSP PE

CPF

026.639.074-99

DATA NASCIMENTO

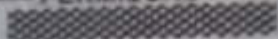
04/11/1977

FILIAÇÃO

SEVERINO FRANCISCO DOS  
SANTOS

MARIA SOCORRO SILVA DO  
S SANTOS

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AE

Nº REGISTRO

02378096596

VALIDADE

20/08/2023

1ª HABILITAÇÃO

17/06/2002

OBSERVAÇÕES

A

EAR

*Ricardo Francisco dos Santos*

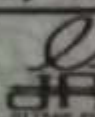
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

21/08/2018



Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

46296837011

PE087427010

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1680017451

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1680017451





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

|                           |                                                                                                               |                |                       |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Vítima:                   | <u>Ricardo Francisco dos Santos</u>                                                                           |                |                       |
| Data do Acidente:         | <u>18.06.2020</u>                                                                                             | CPF da vítima: | <u>026.638.074-99</u> |
| Portador da documentação: |                                                                                                               |                |                       |
| Qualificação do Portador: | <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é: |                |                       |
| Endereço do portador:     |                                                                                                               |                |                       |
| Número:                   | Complemento:                                                                                                  | Bairro:        |                       |
| Cidade:                   | UF:                                                                                                           | CEP:           | Telefone: ( )         |
| E-mail:                   |                                                                                                               |                |                       |

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatório (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovarantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receitaário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 0722 12 04 / Das 8h às 20h

#### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 30 de Junho de 2020  
Nome: Sa Lourenço dos Santos  
Assinatura: \_\_\_\_\_

#### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271444/20

**Vítima:** RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

**CPF:** 026.639.074-99

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 18/06/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS : 026.639.074-99**

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](http://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: 24/09/2020  
Nome: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS  
CPF: 026.639.074-99

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200344071 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/06/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PÁG 1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%       | R\$ 1.350,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | Total                                                | 10 %      | R\$ 1.350,00          |