



Número: **0001699-58.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **27/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
A. P. F. S. (AUTOR)		THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS (REPRESENTANTE) ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73053 626	29/12/2020 16:27	ANEXO 1	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

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

5 - Nome completo:

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

716.001.334-95

7 - Profissão:

DOLAR

8 - Endereço:

NOVA BOMBA

9 - Número:

215

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BOMBA

12 - Cidade:

SERNA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.903-080

15 - E-mail:

89.99998.1477

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

586

0

CONTA:

1004130

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERNA TALHADA-PE 27/08/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

04 SET 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003070**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **12:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/5/2019** às **08:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR-232, KM 410 - SÃO CRISTÓVÃO** - Bairro: **CENTRO** - **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS (TESTEMUNHA)
ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES (VÍTIMA)
THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**

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

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA** Pai: **JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS** Data de Nascimento: **12/1/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8942781/SDS/PE (RG). 11600133495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 99479537**

Endereço Residencial: **RUA MANOEL TOME DE SOUZA, 215 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ARTHUR PÍETRO FERREIRA SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS** Pai: **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS** Data de Nascimento: **16/5/2016** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8942781/SDS/PE (RG). 11600133495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **RUA MANOEL TOME DE SOUZA, 215 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA PENHA SOARES CALDAS** Pai: **ROSILDO ALVES DE CALDAS** Data de Nascimento: **12/10/1992** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08709325433 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 96231438**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

04 SET 2019

09/08/2019 12:15



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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMA9199** (PERNAMBUCO/SEHRA TALHADA) Renavam: **164665749** Chassi: **9C2KC15109R107454**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, COMUNICANDO QUE VINHA DE GARUPA, JUNTAMENTE COM SEU FILHO ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES, EM UMA MOTOCICLETA, CONDUZIDA PELA PESSOA DE RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS, QUANDO O MESMO AO REALIZAR UMA MANOBRA PROIBIDA, FOI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA EM QUE A VÍTIMA ESTAVA. AS VÍTIMAS CAIRAM AO SOLO E SOFRERAM FRATURAS, O MENOR FRATUROU A PERNA DIREITA E A PESSOA DE THAIS FRATUROU A TÍBIA E A FÍBULA DA PERNA DIREITA E O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORIAÇÕES. AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS AO HOSPAM. SEM MAIS NADA A TRATAR ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Thais Thesly Ferreira dos Santos
THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **IVANETE LOPES DA SILVA MAT. 220.890-3** - Matrícula: **220890-3**



04 SET 2019

09/08/2019 12:19





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES**

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

5 - Nome completo: **THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS** 6 - CPF: **716.001.334-95**

7 - Profissão: **DOLAR** 8 - Endereço: **NOVA BOMBA** 9 - Número: **215** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **BOMBA** 12 - Cidade: **SERNA TALHADA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56.903-080**

15 - E-mail: **89.99998.1477** 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **586** **0** CONTA: **7004130** **9** AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SERNA TALHADA-PE 27/08/2019**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

04 SET 2019



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



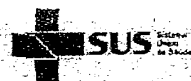
SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 75	
Data: 19-05-19	Nome: Arthur Daltro Ferreira Soares					Hora: 09:42h	
Nome Social:	Profissão: menor						
Nascimento: 16-05-16	Sexo: masc.	Estado Civil:					
Escolaridade:	Responsável: Dinado						
Mãe: Thais Theresy Ferreira dos Santos							
Endereço: Rua Manoel Gomes de Sousa							
Bairro: S. Cristóvão	Município: S. JOÃO	Fone: 01645-3284					
Cartão SUS:	RG/CPF:						
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL							
Situação/Queixa: TRAUMA FERVA @ HA 2LT, ACIDENTE DE MOTO							
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:	
Medicações em uso:							
Intolerâncias/Alergias:							
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:			

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: DR, EDEMA E LINFADENOPATIA	
Tratamento: Rx FERVA @ APF TAA / ANALGESIA A SÍTICOS P/ TIO CRURGICO	
Hipótese Diagnóstica: FRST. TTBIA @	Carimbo e Assinatura: 04 SET 2019

paciente em lista de espera





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 75	
Data: 13-05-19		Hora: 09:42h					
Nome: Arthur Pietro Ferreira Soares							
Nome Social:		Profissão: menor					
Nascimento: 16-05-16		Sexo: masc.		Estado Civil:			
Escolaridade:		Responsável: Dinato					
Mãe: Thais Thesly Ferreira dos Santos							
Endereço: Rua Manoel Stome de Sousa, 5111							
Bairro: S. Eustáquio		Município: S. PE		Fone: 0645-5287			
Cartão SUS:						RG/CPF:	
Raça/Cor:		Branca		Preta		Parda	
		Amarela		Indígena			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		☐ VERMELHO		☐ AMARELO		☐ VERDE	
		☐ AZUL					
Situação/Queixa: Tórax ferido @ HA LV, ACIDENTE MOTO							
PA:		Pulso:		HGT:		T:	
SpO2:		Peso:		Glasgow:			
Medicações em uso:							
Intolerâncias/Alergias:							
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:			

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: DOR, EDENAL LUMINA CTO	
Tratamento: Rx Dor @ APIP TAA / ANALGÉSIA FSAO VCONTOS P/ TIO CIRURGICO	
Hipótese Diagnóstica: FRAT. TTBIA @	Carimbo e Assinatura: 04 SET 2019

paciente em lista de espera



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

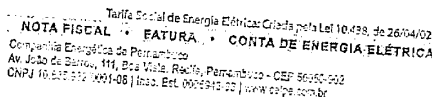
AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000001004130-9

Nr. Autenticação

BRABESCO2510201905000000000023700586000001004130168750 PAGO





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NOVA BOHMA 215

CPF 764 235 144-53 INSS 12622450610

BOMBASERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55505-080

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

COTA CONTRATO 7004570531
DATA DE VENCIMENTO 22/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 53,28

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
054265104	UNICA	15/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA DISTRIÇÃO
15/03/2019	201801067	6801062

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 700 kWh			
Consumo Ativo superior a 700 até 1000 kWh	30,0000000	0,18635510	5,59
Consumo Ativo superior a 1000 até 2200 kWh	70,0000000	0,32545016	22,43
Consumo Ativo Público Municipal	40,0000000	0,46649027	18,23
ICMS Substituído - COE/NF 04/15-224-174/2018			15,23
Multas por atraso NF 045744323 - 15/01/18			4,31
Juros por atraso NF 045744323 - 15/01/18			0,49
			0,39

TOTAL DA FAMILIA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
PC9723	CAT	12/01/2014	27 525,00	15/01/2014	27 565,00	30	1,0400		140,00

COMPARAÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	ICMS	PIS	COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
MAI-18 140						
FEV-18 140						
JAN-18 134						
DEZ-18 144						
NOV-18 144						
OUT-18 154						
SET-18 154						
AGO-18 140						
JUL-18 131						
JUN-18 147						
MAY-18 152						
ABR-18 146						
MAR-18 129						

TARIFAS APLICADAS

CONSUMO	TARIFA	VALOR
Consumo Abaixo de 30 kWh		
Consumo entre 30 e 100 kWh		
Consumo Acima Superior a 100 e 250 kWh		

4802 5341 4EFD 954A 7B20 5520 ADA1 67E1

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

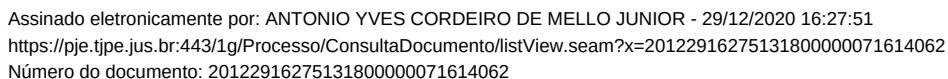
Vencido	Dinheiro	Valor	Vencido	Dinheiro	Valor
200240	180215	59,00			

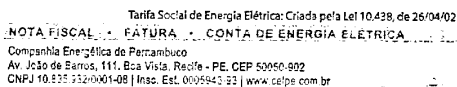
Este documento não é considerado uma obra de domínio público e não é considerado uma obra de domínio público. Caso o usuário não tenha recebido o documento, poderá solicitar a sua cópia diretamente ao autor, mediante o envio de e-mail para o endereço de e-mail do autor, ou diretamente ao autor, mediante o envio de e-mail para o endereço de e-mail do autor. Este documento não é considerado uma obra de domínio público e não é considerado uma obra de domínio público. Caso o usuário não tenha recebido o documento, poderá solicitar a sua cópia diretamente ao autor, mediante o envio de e-mail para o endereço de e-mail do autor, ou diretamente ao autor, mediante o envio de e-mail para o endereço de e-mail do autor.

As condições e garantias de
tornar-se membro da ANEEL
414/2010), taxas, produtos,
serviços prestados e dados de
contato são de propriedade de
ANEEL e, em caso de uso indevido
de informações, a ANEEL
www.aneel.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
CONDIÇÃO	TEMPO DESPICADO	LIMITE MATERIAL	LIMITE PRÁTICO	LIMITE ACEL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)

04 SET 2019





ENFEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA, 573

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CENTA CONTRATO M&S INC.

1130133025 08/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(170h)	171,00000000	0,77546172	132,60
Acréscimo Bandeira AZUL			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 065993055-11/08/19			1,15
Diagnóstico AFAR - 06/10/22-2023			15,00

163 84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
180754	CAT	11/07/2019	8.250,00	12/06/2019	8.421,00	33	1,00000		171,00

Mês	Consumo (MWh)
AGO-19	171
SET-19	156
OUT-19	170
NOV-19	205
DEZ-19	153
JAN-20	226
FEB-20	240
MAR-20	219
ABR-20	232
MAY-20	242
JUN-20	246
JUL-20	182
AUG-20	182

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

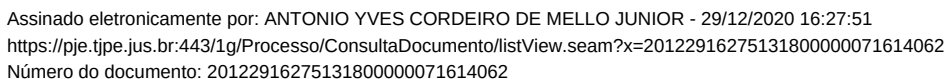
[illegible]

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 a norte www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
QUANTO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIG	0,00	5,43	10,86	21,73	220	207	231
FIG	0,00	3,30	6,60	13,20			
DMG	0,00	3,11	0,00	0,00			

Limite DMG: 10,22 BUSD - Valor do Enchimento de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 51,02

AUTORIZADO POR REQUERIMIENTO ESPECIAL
DESPACHO ICMS-RJ Nº 042/2012





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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.001.334 / 95

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ARTHUR DIETRO FERREIRA SOARES

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

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

04 SET 2019





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS
RG nº 8.422.044, data de expedição 09/02/2010
Órgão ", portador do CPF nº 089.093.254-33
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA-PE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
VILA MILITAR COHAB, nº 61
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES, cujo o condutor era
RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG150 Ano: 2009
Placa: AMA-9199 Chassi: 9C2KC15109R107454
Data do Acidente: 13/05/2019

Local e Data: SERRA TALHADA-PE 10/09/2019

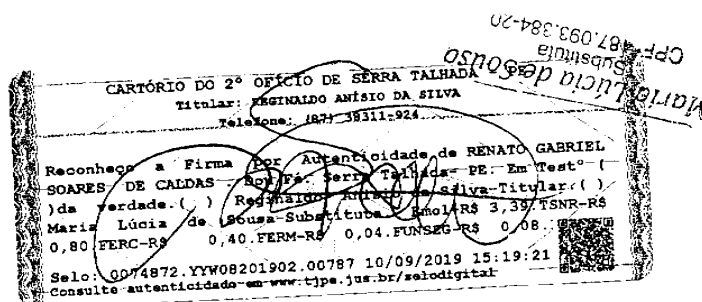


x Renato Gabriel Soares de Caldas
Assinatura do Declarante

x Renato Gabriel Soares de Caldas
Assinatura do Condutor

11 SET 2019

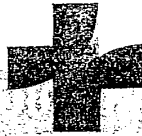
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 75
Data: 19-05-19	Nome: Arthur Daltro Ferreira Soares					Horário: 09:42h
Nome Social:	Profissão: menor					
Nascimento: 16-05-16	Sexo: masc.	Estado Civil:				
Escolaridade:	Responsável: Dinado					
Mãe: Thais Theresy Ferreira dos Santos						
Endereço: Rua Manoel Gomes de Sousa	Bairro: S. Cristóvão					
Município: S. PE	Fone: 01645-3284					
Cartão SUS:	RG/CPF:					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	☐ VERMELHO	☐ AMARELO	☐ VERDE	☐ AZUL		
Situação/Queixa: TRAUMA PERNA @ HA 2LT, ACIDENTE MOTO						
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: DR, EDEMA E LIMITAÇÃO	
Tratamento: Rx PERNA @ APF TAA / ANALGÉSIA A SÓ VACANTE P/ TIO CRURGICO	
Hipótese Diagnóstica: FRAT. TTBIA @	Carimbo e Assinatura: Pinto Aragão C.R. T. de Carvalho 04 SET 2019

paciente em lista de espera





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 75	
Data: 19-05-19		Hora: 09:42h					
Nome: Arthur Pietro Ferreira Soares							
Nome Social:		Profissão: menor					
Nascimento: 16-05-16		Sexo: masc.		Estado Civil:			
Escolaridade:		Responsável: Dinato					
Mãe: Thais Thesly Ferreira dos Santos							
Endereço: Rua Manoel Stome de Sousa, 5111							
Bairro: S. Eustáquio		Município: S. PE		Fone: 0645-5287			
Cartão SUS:						RG/CPF:	
Raça/Cor:		Branca		Preta		Parda	
		Amarela		Indígena			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		☐ VERMELHO		☐ AMARELO		☐ VERDE	
		☐ AZUL					
Situação/Queixa: Tórax ferida @ HA LV, ACIDENTE MOTO							
PA:		Pulso:		HGT:		T:	
SpO2:		Peso:		Glasgow:			
Medicações em uso:							
Intolerâncias/Alergias:							
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:			

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: DOR, EDENAL LUMINA CTO	
Tratamento: Rx Ferida @ APF TAA / ANALGÉSIA F. S. A. V. A. C. O. P. / T. T. O. C. I. R. U. R. G. I. C. O.	
Hipótese Diagnóstica: FRAT. TTBIA @	Carimbo e Assinatura: 04 SET 2019

paciente em lista de espera





Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USG MUSCULOESQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
COLPOSCOPIA - CITOLOGIA ONCÓTICA

Dr. Adailson Feitosa
MEDICINA ORTOMOLÉCULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUDIÓLOGA - TESTE DA ORELHINHA - AUDIOMETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGISTA

Dra. Danniely Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
USG GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA
MORFOLÓGICA FETAL

ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Paciente, 3 anos, vítima de acidente com motocicleta em 13/05/2019, no município de Serra Talhada-PE. Após exame de imagem foi constatada fratura em tíbia direita. Realizou cirurgia para osteosíntese no Hospital São Francisco dia 14/07/2019.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em perna direita, dificuldade e limitação para realizar movimentos rápidos, como correr.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades escolares.

SERRA TALHADA, 24 DE SETEMBRO 2019.

Dra. Tâmara Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.816

MÉDICA

25 SET 2019

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831 8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com



7274-104 @ 4/27/10

1385

① ~~ART - 104~~

Thema fest @, unter andere
Koto, Glock, Bogen & Gueta
das Funktion

ANALYSIS OF EXHIBITS

03/07/2007 11:20

000000

NOV 8 1964

i : 000.05

Case 1 : 1999

Agência de Trabalho | Outros Serviços | Agências

ELEMENTOS DA DOCUMENTAÇÃO

90 MIA

SENIOR ALHABO

FE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	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	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

NOVA ROMA

RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS

THAT THE BEST FARMER DOES NOT

(SOLTEIRO),

HONEYED

9107:52:91

2 NOV 03 11 11 AM SRS

RESULTS

JOHN P. F. - FERNANDES SOARES

— — — — —

15:05:20

2007年12月

010101714500

...

1. **Project Name:** [Project Name]

[illegible]

Copyright

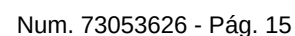
1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1039-1043.

ବିଶାଖାପାଟଣା

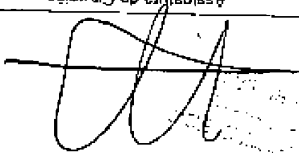
100

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

H014170



Assinatura do Cirurgião


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

- ⑥ CURTIDO + TAV ESTADA.
- ⑤ Fixação a fôss R
- ④ PERCEBIA IN CEMENTA
- ③ Abertura canal e drenagem
- ② Abertura / Amolagem
- ① Ponto em DHI

Cirurgião

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiologista

Início

Término

Nº do Procedimento:



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2517124

Identificação do Paciente

5 - NÚMERO DO DOCUMENTO

CN 0747160155

6 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (DN)

819800511323128813

7 - NOME DO PACIENTE

Arthur Pedro Suresia Soares

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Thais Thaly Suresia dos Santos

9 - ENDEREÇO (RUA - BAIRRO)

Rua Maria Bomla - 215 Bomla

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

11 - COGNECE MUNICIPAL

0261220

12 - CEP

PE 56903080

13 - DATA DE NASCIMENTO

16/05/2016

14 - SEXO

MASC

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRAUMA Perna D, NOB ACIDENTE

MOTO, EL ORI, OCEMA e LAMITA

CAO FUNCIONAL

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX / EX. FÍSICO

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRAT. TIBIA D

22 - CID 10 PRINCIPAL

S82.01

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TIPO CIRURGICO

27 - DATA DE INTERVENÇÃO

04/08/2016

28 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSISTENTE)

29 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

30 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/5/19

32 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - TIPO DE ACIDENTE

34 - TIPO DE ACIDENTE

35 - TIPO DE ACIDENTE

36 - TIPO DE ACIDENTE

37 - TIPO DE ACIDENTE

38 - TIPO DE ACIDENTE

39 - TIPO DE ACIDENTE

40 - TIPO DE ACIDENTE

41 - TIPO DE ACIDENTE

42 - TIPO DE ACIDENTE

43 - TIPO DE ACIDENTE

44 - TIPO DE ACIDENTE

45 - TIPO DE ACIDENTE

46 - TIPO DE ACIDENTE

47 - TIPO DE ACIDENTE

48 - TIPO DE ACIDENTE

49 - TIPO DE ACIDENTE

50 - TIPO DE ACIDENTE

51 - TIPO DE ACIDENTE

52 - TIPO DE ACIDENTE

53 - TIPO DE ACIDENTE

54 - TIPO DE ACIDENTE

55 - TIPO DE ACIDENTE

56 - TIPO DE ACIDENTE

57 - TIPO DE ACIDENTE

58 - TIPO DE ACIDENTE

59 - TIPO DE ACIDENTE

60 - TIPO DE ACIDENTE

61 - TIPO DE ACIDENTE

62 - TIPO DE ACIDENTE

63 - TIPO DE ACIDENTE

64 - TIPO DE ACIDENTE

65 - TIPO DE ACIDENTE

66 - TIPO DE ACIDENTE

67 - TIPO DE ACIDENTE

68 - TIPO DE ACIDENTE

69 - TIPO DE ACIDENTE

70 - TIPO DE ACIDENTE

71 - TIPO DE ACIDENTE

72 - TIPO DE ACIDENTE

73 - TIPO DE ACIDENTE

74 - TIPO DE ACIDENTE

75 - TIPO DE ACIDENTE

76 - TIPO DE ACIDENTE

77 - TIPO DE ACIDENTE

78 - TIPO DE ACIDENTE

79 - TIPO DE ACIDENTE

80 - TIPO DE ACIDENTE

81 - TIPO DE ACIDENTE

82 - TIPO DE ACIDENTE

83 - TIPO DE ACIDENTE

84 - TIPO DE ACIDENTE

85 - TIPO DE ACIDENTE

86 - TIPO DE ACIDENTE

87 - TIPO DE ACIDENTE

88 - TIPO DE ACIDENTE

89 - TIPO DE ACIDENTE

90 - TIPO DE ACIDENTE

91 - TIPO DE ACIDENTE

92 - TIPO DE ACIDENTE

93 - TIPO DE ACIDENTE

94 - TIPO DE ACIDENTE

95 - TIPO DE ACIDENTE

96 - TIPO DE ACIDENTE

97 - TIPO DE ACIDENTE

98 - TIPO DE ACIDENTE

99 - TIPO DE ACIDENTE

AUTORIZAÇÃO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

51 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

52 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

53 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

54 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

55 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

56 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

57 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

58 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

59 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

60 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

61 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

62 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

63 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

64 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

65 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

66 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

67 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

68 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

69 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

70 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

71 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

72 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

73 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

74 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

75 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

76 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

77 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

78 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

79 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

80 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

81 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

82 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

83 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

84 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

85 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

86 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

87 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

88 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

89 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

90 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

91 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

92 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

93 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

94 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

95 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

96 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

97 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (FISIOTERAPEUTA)

98 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (MÉDICO)

99 - ASS. L. CARIMBO DO SOLICITANTE (QUÍMICO)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ARTHUR PIÉTRO FERREIRA SOARES

MATRÍCULA:

074716 01 55 2016 1 00135 016 0068881 15

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Dezesseis de maio de dois mil e dezesseis.	16	05	2016

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO (UNIDADE DA VIABILIZAÇÃO)
16h00min	Serra Talhada - PE

CIDADE DE NASCIMENTO (UNIDADE DA VIABILIZAÇÃO)	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Serra Talhada - ESTADO DE PERNAMBUCO	CASA DE SAÚDE CLOTILDE SOUTO MAIOR	Masculin 0

PAISAGIO
RENATO GABRIEL SOARES DE CALDAS, natural de SERRA TALHADA - PE e THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, natural de ITAQUERA - SP

ROSILDO ALVES DE CALDAS e MARIA DA PENHA SOARES CALDAS e JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS e MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA

OUTROS	NOME E MATRÍCULA DOS OUTROS
Não	Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)	NÚMERO DO TERMO
Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis.	30-72018-66-7

Atos de Registro em Livro A-135, à folha 16 sob o nº 68881. Data do registro: 31 de maio de 2016. Data de nascimento do registrado: 16 de maio de 2016. Não constam averbações à margem do termo. Inscrição (a) no CPF sob o nº 138.315.584-42 conforme Instrução Normativa RFB n 1548/15.

Serviço realizado em 1º Ofício
Oficial
Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues
Serra Talhada

Rua Lúcio de Almeida, 900
Email: cartorio@sta-h.com.br

Selo: 0074716.AQK05201601.00128 -
www.tjpe.jus.br/selodigital."

Ato gratuito

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Serra Talhada, 31 de maio de 2016.

Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues
OFICIALA

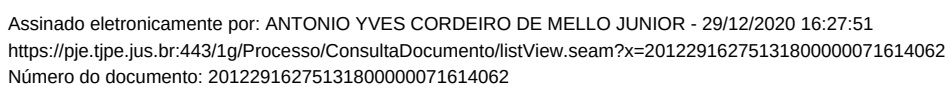
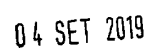
Consulte autenticidade em

04 SET 2019

ARPEBRASII 11 11 000070740 0000



9.9947-9532 infante de Namibia



13/05/19 Acidente

9.9947-9537

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 8.942.781 DATA DE EMISSÃO 02/02/2010

<< THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS >>
<< JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS >>
<< MARIA VALDENIR FERREIRA DE SOUZA >>

CIDADE
ITAQUERA - SP

DOC ORIGEM << CM 65083 LA 001 >>
GUAIANASES-SP 11 DE 11

CPF

ASSINADO ELETRONICAMENTE
LEI Nº 7.716 DE 20.06.93

04 SET 2019



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

**Número
116.001.334-95**

Nome

THAIS THESLY FERREIRA

**Nascimento
12/01/1990**

04 SET 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		PERNAMBUCO	
NOME		GEORGE CARLOS MELO LIMA					
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF		5840550 SSP PE					
CPF		008.475.324-29		DATA NASCIMENTO		03/05/1978	
FILIAÇÃO		GILBERTO CARLOS DE LIM A MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB		AB	
Nº REGISTRO		02136855400		VALIDADE		30/06/2022	
				1ª HABILITAÇÃO		18/12/2001	
OBSERVAÇÕES							
KAR CMTX							
George Carlos Melo Lima ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		SERRA TALHADA, PE		DATA EMISSÃO		24/07/2017	
ASSINATURA DO EMISSOR		Charles Andrews Sousa Ribeiro Charles Andrews Sousa Ribeiro Director Presidente		23810552568		PE079966268	
PERNAMBUCO							

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

04 SET 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do acidente: 13/05/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2, ANEXO P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: (ANEXO1 P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2, ANEXO P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (ANEXO1 P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AUTONOMA, portador(a) do RG 8942.781, órgão expedidor SPS-PE
e do CPF: 116.001.334.95, residente no(a) 116.001.334.95
nº 215, bairro: BOMBA, município: SERRA TALHADA I. PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELLO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSI-PE
e do CPF: 008.475.334-39, residente no(a) ANTONIO TOME DE SOUZA
nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA I. PE

PODERES: pelo presente Instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES
CPF: 116.001.334.95 data do acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: SERRA TALHADA PE. 02.07.19

Thais Thesly Ferreira dos Santos
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a firma por autenticidade de THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS, do Pe, Serra Talhada - PE, Em Teste () da Verdade () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol-R\$ 3,39.TSMR-R\$ 0,80.FERC-R\$ 0,40.FI-R\$ 0,40

Selo: 0074872.UXK06201902.03324 02/07/2019 15:31:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

04 SET 2019





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 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01817/01818 - carta_03 - INVALIDEZ

00010909



Carta nº 14762667





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516223 Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00295/00296 - carta_03 - INVALIDEZ

00020148



Carta nº 14769661





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, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01209/01210 - carta_03 - INVALIDEZ

00050605



Carta nº 14823193





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 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14893489

Pag. 00575/00576 - carta_01 - INVALIDEZ

00340288





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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516223 **Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES**

Data do Acidente: 13/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01747/01748 - carta 02 - INVALIDEZ

00050874



Carta nº 14980322





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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190516223

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THAIS THESLY FERREIRA 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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **THAIS THESLY FERREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **00000586-0**

Conta: **000001004130-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01685/01686 - carta_15R - INVALIDEZ

00030843



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190516223

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ARTHUR PIETRO FERREIRA SOARES

Data do acidente: 13/05/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFORMIDADE EM VARO, EDEMA EM TORNOZELO E DEFICIT DISCRETO DE MOBILIDADE MID.

Resultados terapêuticos: CIRÚRGICO NO TORNOZELO. COMPLICAÇÃO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EDEMA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



**Lauda 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: 3190516223
Nome do(a) Examinado(a): Arthur Pietro Ferreira Soares
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nova Bomba, 215
Sao Cristovao Serra Talhada PE CEP: 56903-080
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8942781
Data local do acidente: [13/05/2019]
Data local do exame: [18/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE PERNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CIRURGICO NO TORNOZELO
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
EDEMA EM TORNOZELO
DEFORMIDADE EM VARO
Data da Alta: 05/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DEFORMIDADE EM VARO
EDEMA EM TORNOZELO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT DESCRETO DE MOBILIDADE MID
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122

