



05/01/2021

Número: **0074350-24.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS (AUTOR)		BRUNO DE ARAUJO SENA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73168894	05/01/2021 10:59	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200013615

Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO RAFAEL DA SILVA 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 dos cotovelos
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: **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000000773**

Conta: **00000032378-6**

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - BELO JARDIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0046002156**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019** às **23:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/8/2019** às **21:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO BEZERRA, 1** - Bairro: **SAO PEDRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**



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

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA VALDIRENE DA SILVA SANTOS** Pai: **SABINO JANUÁRIO DOS SANTOS NETO** Data de Nascimento: **5/3/1990** Naturalidade: **PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA LUIS HERMINIO DA SILVA, 10 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PC00060** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1199837811** Chassi: **9C2JB0100KR114996**

Complemento / Observação

A VÍTIMA SEGUIA EM ALTA VELOCIDADE E ESQUECEU DO "QUEBRA - MOLAS" QUE HAVIA NA CITADA RUA. AO PASSAR PELO MESMO PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR SE LESIONANDO CONFORME FICHA MÉDICA ANEXA.

26/11/2019 23:59



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

x *Renato Rafael da Silva Santos*
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *JOSE DE ASSIS SILV* - Matrícula: **320337-9**



26/11/2019 23:59





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: 704.768.304-60 4 - Nome completo da vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 704.768.304-60
7 - Profissão: NÃO POSSUI 8 - Endereço: RUA LUIS HERMINIO DA SILVA 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: SANTO ANTONIO 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55152-510
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991686771

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0773 CONTA: 032378 6 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Belo Jardim - 09/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019



"VERDE"



**Prefeitura de
Belo Jardim**
A mudança começa com trabalho
SECRETARIA DE SAÚDE

**SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR**

Registro Nº: _____
Data: 25.08.79
Hora: 21:15

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____
DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 91618100811
Nome: Renato Rafael da Silva Santos Idade: 29
Data de Nascimento: 05/03/90 Sexo: M Cor: P Estado Civil: 2
Naturalidade: Resende PE Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Hermenegildo 109 St: Antonio
Procedência: Belo Jardim PE Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: C. Maria Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: 1/1 Hora: _____
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual:

queda de metro há 3 horas com restrição de movimentação
de ambos os braços

liga elástica -

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

- ALERGIAS

- DM

- HAS

Diagnóstico Provisório: _____



Diogo Martins
Téc. em Enfermagem
COREN 001.239.442



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:	16/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000032378-6

Nr. da Autenticação 60EF2C8F193303B3





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019112373807

Escritório: BELO JARDIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JUBRACILDA PEREIRA DA SILVA

MATRÍCULA:

00237380.7

11/2019-5

R LUIS HERMINIO DA SILVA, N. 00010 - SANTO ANTONIO BELO JARDIM PE 55152-510

INSCRIÇÃO: 017.185.475.0048.000

GRUPO: 13

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00237380.7

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		QUANTIDADE DE ECONOMIAS																																																																								
LIGADO		POTENCIAL		RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO																																																																					
HIDRÔMETRO		DATA LEIT. ANTERIOR		DATA LEIT. ATUAL		TIPO DE CONSUMO (A/E)																																																																						
NÃO MEDIDO						N MEDIDO /																																																																						
ÁGUA				ESGOTO																																																																								
LEIT. ANT.:		CONSUMO: 10		LEIT. ANT.:		VOLUME: 0																																																																						
LEIT. ATUAL:				LEIT. ATUAL:																																																																								
LEIT. FAT.:				LEIT. FAT.:																																																																								
HISTÓRICO DE CONSUMO <table><thead><tr><th>REFERÊNCIA/CONSUMO</th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>10/2019 10/</td><td>A</td><td> </td></tr><tr><td></td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>09/2019 10/</td><td>A</td><td> </td></tr><tr><td></td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>08/2019 10/</td><td>A</td><td> </td></tr><tr><td></td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>07/2019 10/</td><td>A</td><td> </td></tr><tr><td></td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>06/2019 10/</td><td>A</td><td> </td></tr><tr><td></td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>05/2019 10/</td><td>A</td><td> </td></tr><tr><td></td><td>E</td><td></td></tr><tr><td>MÉDIA 10/ 0</td><td>A</td><td> </td></tr><tr><td></td><td>E</td><td></td></tr></tbody></table>				REFERÊNCIA/CONSUMO			10/2019 10/	A			E		09/2019 10/	A			E		08/2019 10/	A			E		07/2019 10/	A			E		06/2019 10/	A			E		05/2019 10/	A			E		MÉDIA 10/ 0	A			E		NÚMEROS DE AMOSTRAS <table><thead><tr><th>PARÂMETROS</th><th>EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11</th><th>ANÁLISES REALIZADAS</th><th>ATENDEM A LEGISLAÇÃO</th></tr></thead><tbody><tr><td>TURBIDEZ</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td></tr><tr><td>COR APARENTE</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td></tr><tr><td>CLORO RESIDUAL</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td></tr><tr><td>COLIFORMES TOTAIS</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td></tr><tr><td>E.Coli</td><td>63</td><td>63</td><td>63</td></tr></tbody></table> OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.				PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO	TURBIDEZ	63	63	63	COR APARENTE	63	63	63	CLORO RESIDUAL	63	63	63	COLIFORMES TOTAIS	63	63	63	E.Coli	63	63	63
				REFERÊNCIA/CONSUMO																																																																								
				10/2019 10/	A																																																																							
					E																																																																							
				09/2019 10/	A																																																																							
					E																																																																							
				08/2019 10/	A																																																																							
					E																																																																							
				07/2019 10/	A																																																																							
					E																																																																							
06/2019 10/	A																																																																											
	E																																																																											
05/2019 10/	A																																																																											
	E																																																																											
MÉDIA 10/ 0	A																																																																											
	E																																																																											
PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO																																																																									
TURBIDEZ	63	63	63																																																																									
COR APARENTE	63	63	63																																																																									
CLORO RESIDUAL	63	63	63																																																																									
COLIFORMES TOTAIS	63	63	63																																																																									
E.Coli	63	63	63																																																																									

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
TARIFA MINIMA 44,08 POR UNIDADE	MINIMO	44,08
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		0,88
JUROS DE MORA 08/2019		0,51

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/12/2019

TOTAL A PAGAR: 45,47

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANONIMOS (81) 3221-3592/98476-3207

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 08/01/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
0800-2813844

MATRÍCULA:

00237380.7

11/2019-5

VENCIMENTO: 20/12/2019

TOTAL A PAGAR: 45,47

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82890000000-8 45470018017-0 00237380701-1 11201950003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Itac, Eas, 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA NUMERIANO A BEZERRA 37
GARAGEM

CPF 076 723 044-29

BOA VISTA/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-020

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMMERCIAL
COMMERCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	Emissão
080816337	ÚNICA	14/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA PARTICIPAÇÃO
14/10/2019	2010366882	294362

CONTA CONTRATO	RESUMO
7009352010	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIO (MUNICÍPIO/UF/PAÍS)
21/10/2019	13/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	36,35

DESCRIÇÃO DA NOVA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(WH)	30.0000000	0,81009957	24,30
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,28
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,01
Contrib. Ium. Publica Municipal			3,53
ICMS Subvenc-ao-CDE-NE 073188234-13/08/19			0,21
Doador AFAE - 0000 722 7272			7,00

TOTAL DA FATURA

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
91029338	CA1	11/09/2019 8.336,00	14/10/2019 8.336,00	33	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Year	Value
OUT	19	30
SEP	19	30
AGO	19	30
JUL	19	30
JUN	19	30
MAY	19	30
ABR	19	30
MAR	19	30
FEB	19	30
JAN	19	30
DEZ	19	30
NOV	18	30
OUT	18	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CALCULO	%	VALOR MFC
25.01	25.00	
25.01	1.25	
25.01	0.25	

Realizado pelo mínimo de duas – Cuidado em Disponibilidade, Artigo 99, Parágrafo 1º, Lei 13.414/2017.

TAKFAS APLIKASI

Continental Africa (Africa)

1000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

**Aktuelle Informationen zum
Kurs finden Sie unter:
www.koerperkult.at**

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

COMPONENTE	VALOR APROXIMADO ago 2019	LÍMITE ANUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
ONG	0,00	5,57	11,34	22,68
PSG	0,00	3,30	6,60	13,20
OMRC	0,00	3,28	6,56	13,12

Lecture 12: 12-20

Flu80 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Contratação - R\$ 0,00

HOWARD THE TITMATE

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	mínimo	máximo
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7009352010	10/2019	21/10/2019	36,35

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente

Banco 104-0 Agência 0773

Com o débito automático sua conta fica sempre em dia. Você pode solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento. Para mais informações ligue 116.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 704.768.304-60 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.768.304-60 / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>		Número <u>37</u>	Complemento <u>GARAGEM</u>
Bairro <u>BOA VISTA</u>	Cidade <u>BELO JARDIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55150-020</u>
Email <u>carlafirminomelo@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9569-0261</u>		Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9168-6771</u>

BELO JARDIM 08 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO DEBENDO SUBSTITUIR O TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONTROLE DO RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 01/09/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

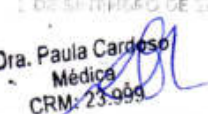
DATA DE ALTA: 03/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 1 DE SETEMBRO DE 2019


Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

MEDICO: PAULA CARDOSO DE MENEZES



Prescrição.: 898817 Data: 16/09/2019 09:45

Usuário.: JOAOPAR

Atendimento: 242364 Dt Nasc: 05/03/1990 (29a 6m 13d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 774193 - RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 16/09/2019 07:36 0 Dias(s) Int

Médico.: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO - CRM - null - 22622

FUNÇÃO: MEDICO (A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

IMOBILIZAÇÃO	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 APARELHO GESSADO AXILO PALMAR G Obs: DIREITO E ESQUERDO	1				Agora	16/09/09:45

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RETIRADA DE PONTOS					Agora	
3 CURATIVO					Agora	
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0.9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
-> ADAPTADOR P/FRASCO DE SOLUCOES DE SIST.FECHADO	1	UNIDADE				
-> LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 8,0	1	PAR				

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO
CRM 22622

SOUL MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que RENATO RAFAEL
DA SILVA SANTOS residente RUA LUIZ HERMINIO
DA SILVA 109 SANTO ANTONIO esteve internado
BELO JARDIM PE neste Hospital no período de 25-08-2019 à
com diagnóstico de CID :
FRATURA DE prontuário nº COTOVELO (D)

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 01/10/2019

Responsável



"VERDE"



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: _____
Data: 25.08.79
Hora: 21:15

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____
DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 91618100811
Nome: Renato Rafael da Silva Santos Idade: 29
Data de Nascimento: 05/03/90 Sexo: M Cor: P Estado Civil: 2
Naturalidade: Resende PE Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Hermenegildo 109 St: Antonio
Procedência: Belo Jardim PE Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: C. Maria Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: 1/1 Hora: _____
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual:

queda de metro há 3 horas com restrição de movimentação
de ambos os braços

liga elástica -

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

- ALERGIAS

- DM

- HAS

Diagnóstico Provisório: _____



forchet

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Renato Regal de Silva Santos, 25 anos

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Queixa de dor no 3º dedo da mão esquerda, com inchaço e vermelhidão. Ex. com dor ao toque. A dor é constante.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Lesão de tendão e dedo

CONDUTA ADOTADA: Imobilização

Recurso recurso ortopédico

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA: HRA 5153009

26/08/19

DATA

99257 14-1983
CRM-MG 17266
epu

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM

☐

NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

☐

OUTRO SERVIÇO

☐

NOME

CRM

DATA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.680.081 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2017

NOME << RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS >>

FILIAÇÃO << SABINO JANUÁRIO DOS SANTOS NETO >>
<< MARIA VALDIRENE DA SILVA SANTOS >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 05/03/1990

DIG. ORIGEM << 077321 01 55 1990 1 00026 099
0031147 33 BELO JARDIM-PE >>

CPF 704.768.304-60

Ana Patrícia C.G. Alcoforado
Delegada da Polícia Judiciária

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 F-76 12.915 - 4333

10172800005084827.7436315





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:59:43
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510594288400000071726673>
 Número do documento: 21010510594288400000071726673

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
Nº 014669257230
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEHICULO: 1199837811
 COD. RENAVAM: 1199837811
 INSCRIÇÃO: 1199837811
 EXERCÍCIO: 2019

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS
 BELO JARDIM-PE
 704.768.304-60
 PLACA: EC00060
 CNAIS: 9C2JB0100KR114996

MARCA/MODELO: HONDA/POE 110I
 CAP/POT/CIL: 2E/109CL
 CATEGORIA: PARTIC
 COEF. PREDOMINANTE: BRANCA
 COTA ÚNICA: 1EVA 2019 QUITADO
 PARCELAMENTO/CONTAS: 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 36.05
 COT. (R\$): 0.32
 PRÊMIO TOTAL (R\$): 36.37
 DATA DE PAGAMENTO: 30/07/19

AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA
 BELO JARDIM-PE
 01/08/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014669257230 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS
 BELO JARDIM-PE
 704.768.304-60
 PLACA: EC00060
 CNAIS: 9C2JB0100KR114996

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
 SAC DPVAT 0800 022 1204

PRÊMIO TARIFÁRIO: 36.05
 COT. (R\$): 0.32
 PRÊMIO TOTAL (R\$): 36.37
 DATA DE OUTUBRO: 30/07/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 09.218.049/0001-04
 DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
 ELE NÃO É NECESSÁRIO PARA OBTENÇÃO DO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012251/20
Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS
CPF: 704.768.304-60
Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.
Data do acidente: 25/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS : 704.768.304-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS**
DATA DO ACIDENTE **25/08/2019** CPF DA VÍTIMA **704.768.304-60**
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **CARLA MARIA FIRMINO MELO**
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADORA**
ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA**
Nº **37** COMPLEMENTO **GARAGEM** BAIRRO **BOA VISTA**
CIDADE **BELO JARDIM** UF **PE** CEP **55150-020**
E-MAIL **carlafirmino@hotm.com** TELEFONE **(81) 991686771**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 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 NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSMITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **9.179.608 SDS-PE** DATA
IDENTIDADE **Carla Maria Firmino Melo** NOME
ASSINATURA **Carla Maria Firmino Melo** ASSINATURA

PROCURAÇÃO

Outorgante Renato Rafael da Silva Santos, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL** Solteiro, profissão juiz, residente e domiciliado à Rua Luiz Hermínio da Silva, nº 10 bairro Sto. Antônio, Município de Bele Jardim, Estado PE.
CEP: 55152-510 portador(a) do RG nº 9.680.081, SDS-PE e
CPF nº 704.768.304-60

Outorgado: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**, profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA**, nº 37., bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO**.
CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. SDS/ **PE**. e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza inicial, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Renato Rafael da Silva Santos CPF: 704.768.304-60 ocorrido em 25/08/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bele Jardim, 18, de Novembro de 2019.



Renato Rafael da Silva Santos
Outorgante
CPF Nº 704.768.304-60

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Reconheço por Autenticidade a firma de RENATO/RAFAEL DA SILVA SANTOS. Dou fé. Belo Jardim/PE, 18/11/2019. Emol: R\$ 3,59; TSMR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FONSIG: R\$ 0,08; FERC: 0,40; Total: R\$ 4,91

Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.BAG11201901.01095 18/11/2019 15:16:03
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012251/20

Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF: 704.768.304-60

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS : 704.768.304-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200013615 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO RAFAEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1 P3 P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

