

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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200270120

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALCIETE SOARES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.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 Agosto de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200270120**

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCIETE SOARES DA SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ALCIETE SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010015425-5

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	17225253476	JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO	
Nome completo:		CPF:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AGRICULTOR	RUA EDSON ALVARES	25	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 996964979		
endejofruto@bol.com.br			

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

RENDIMENTO MENSAL:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00				

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 9039 7 CONTA: 15425 3	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DADOS CADASTRAIS
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.

INVALIDEZ PERMANENTE
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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

Morte
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima nasceu (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

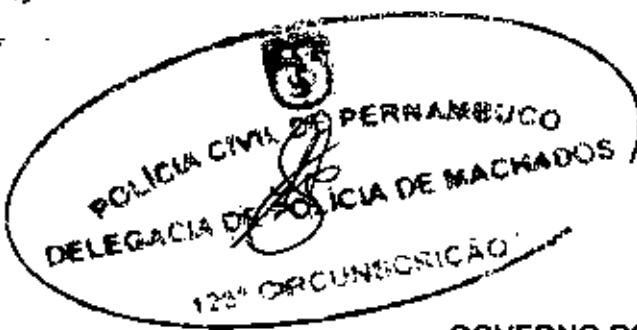
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>Orobó PE, 17 de julho de 2020.</u> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS
	(*) Assinatura de quem assina A RODO	1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

Acíete Soares da Silva
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

22/06/2020 BANCO DO BRASIL 08:56:39
208373000 CORRESPONDENTE BANCARIO 01228
COMPROVANTE DE DEPOSITO EN DINHEIRO
EM DINHEIRO

CLIENTE: ALCEMISS SOARES DA SILVA
AGENCIA: 208373000 CONTA: 15.425-3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125º CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ºCIRC
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0215000130

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/06/2020** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/5/2020** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 001, RUA JOÃO PESSOA GUERRA - Bairro: CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO DESTACAMENTO
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALCIETE SOARES DA SILVA (NOTICIANTE)
WAGNER DA SILVA DE FARIAS (TESTEMUNHA)
JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WAGNER DA SILVA DE FARIAS

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

JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: ALCIETE SOARES DA SILVA Pai: JOSÉ PEREIRA DE ARAÚJO Data de Nascimento: 20/1/2005 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 25, RUA EDSON ALVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A EVERALDO

ALCIETE SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mae: SEVERINA FRANCISCA SOARES Pai: SEVERINO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 17/6/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 6884013/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COZINHEIRO(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 25, RUA EDSON ALVES25 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

WAGNER DA SILVA DE FARIAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: MAURICIA SOARES DA SILVA Pai: CRISTIANO MAGALHÃES DE FARIAS Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 001, RUA FELIPE CORREIA - CEP: 0 - Bairro: MACHADINHO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WAGNER DA SILVA DE FARIAS, que estava em posse do(a) Sr(a):

WAGNER DA SILVA DE FARIAS

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não Número de Série: 9C2HB021DR445797

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Renavam: 565586939 Chassi: 9C2HB021DR445797

Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, O MENOR, JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA COM SUA MÃE ALCIETE SOARES DA SILVA PARA RELATAR UM ACIDENTE QUE ELE SOFREU NO MUNICÍPIO DE MACHADOS QUANDO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO. O CONDUTOR E PROPRIETÁRIO DA MOTO, WAGNER DA SILVA DE FARIAS, FREJO A MOTO E VEIO UMA MOTO ATRÁS E COLIDIU. VÍTIMA, QUE FRATUROU TRÊS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL DE MACHADOS PARA FAZER OS PRIMEIROS SOCORROS ÁS 18:00H DO DIA 17/05/2020, REGISTRO: 40784, SENDO POSTERIAMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, PRONTUÁRIO: 1110138, ONDE ELE FEZ DUAS CIRURGIA.

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

JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO
(VITIMA)

ALCIETE SOARES DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: AUGUSTO FERNANDES CORDEIRO DE ANDRADE - Matrícula: 3873064

Imprimir



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	17225253476	JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO	
Nome completo:		CPF:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AGRICULTOR	RUA EDSON ALVARES	25	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 996964979		
endejofruto@bol.com.br			

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

RENDIMENTO MENSAL:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00				

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 9039 7 CONTA: 15425 3	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

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

DADOS CADASTRAIS
 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 **assinei/lei 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.

INVALIDEZ PERMANENTE
 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

Morte
 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima nasceu (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <i>Orobó PE, 17 de julho de 2020.</i>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
Assinatura		
(*) Assinatura de quem assina A RODO		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		
Assinatura		

22/06/2020 BANCO DO BRASIL 08:56:39
208373000 CORRESPONDENTE BANCARIO 01228
COMPROVANTE DE DEPOSITO EN DINHEIRO
EM DINHEIRO

CLIENTE: ALCEMISS SOARES DA SILVA
AGENCIA: 208373000 CONTA: 15.425-3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO de Pernambuco

MUNICÍPIO de Orobó

DISTRITO de Orobó

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Bel. José Evaristo Gomes

do Registro Civil de Orobó, IE

17080

ELS 142

CERTIFICO que no livro n.º A-16, folha 12, de assentamentos de nascimento, foi feito
no dia 21 de fevereiro de 2005, o
registro de JOSE DIEGO DA SILVA TIRAUJO
do sexo masculino
no dia vinte de janeiro de dois mil e cinco

12 horas 45 minutos na Casa de Saúde e Maternidade de
Orobó, onde José Pereira de Araújo e Alcione Soares da Silva
brasileiros, ele pernambucano, ela paraibana, agricultores
e residentes no Sítio Jaqueira deste distrito
Pais avôs paternos: João Pereira de Araújo (falecido)
e Claudenilva Pereira de Araújo
Avôs maternos: Severino José da Silva
e Severina Francisca Soares

declarante: O próprio pai
Apresentou declaração de Nascido Vivo
Instâncias: 01

Considero o veredito do doutr

Certidão do Registro Civil

Observações:

01

ATO GRATUITO

REGISTRO CIVIL

GENOCÍDIO

ALIZAÇÃO

Orobó, 21 de fevereiro de 2005

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCIETE SOARES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010015425-5

Nr. da Autenticação EB9DC4230E1AAEE7

Imprimir Segunda Via de Conta

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMÉRCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALCIDE SOARES DA SILVA
CPF: 072.220.854-59 NIS: 16096787239

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA EDSON ALVARES 25 - B ane
CENTRO/MACHADOS
55740-000 MACHADOS PE

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

DATA DE VENCIMENTO

27/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

3,55

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

113761665

CONTA CONTRATO

007029035614

Nº DO CLIENTE

2010122039

Nº DA INSTALAÇÃO

0006615930

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

829A.C1DF.8583.E492.0552.A0FB.D15E.950E

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	50,00	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	50,00	0,00000002	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,55
TOTAL DA FATURA			3,55

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,87	0,00	0,00	0,00	4,48	0,00

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh 0,00000003
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,00000002
Consumo-TE até 30 kWh 0,00000003
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,00000002

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
JUN	20	80
MAI	20	122
ABR	20	111
MAR	20	112
FEV	20	85
JAN	20	70
DEZ	19	111
NOV	19	125
OUT	19	122
SET	19	116
AGO	19	118
JUL	19	100
JUN	19	112

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %
Geração de Energia 0,00 100,00
Transmissão 0,00 0,05
Distribuição (Celsul) 0,00 0,00
Energia Bônus/Frete 0,00 0,00
Tributos 0,00 0,00
Perdas de Energia 0,00 0,00
TOTAL 0,00 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÉDIDOR	TIPO DA FURGAO	ANTERIOR	ATUAL	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MÉDIA DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003121753510	CAT	26/05/2020	2.331,00	24/06/2020	2.411,00	20	1.00000	0,00	80,00		

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRICAÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	BOM JARDIM	2,10	5,01	11,43	23,64
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,38	6,72	13,45
DICR-Duração média de Interrupção contínua		2,10	3,46	0,00	0,00
DIICR-Duração de Interrupção em dia crítico			Límite DIICR: 12,72		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Indicações DIC, FIC, DIICR e EUSD a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

BRF 950/2020-Tarifa Social-Desconto no consumo até 220kWh.
Na data da leitura a bandeira em vigor é o Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível do fornecimento.
Pág. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo mais
Isenção do ICMS conforme art. 8º, XLVIII, b, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 46,47.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Devido à Medida Provisória 950: cobrança do seguro suspenso de abril a junho. Cobertura vigente neste período.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007029035614	06/2020	3,55	27/07/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

838700000001 035500110070 029035614100 149126635535



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

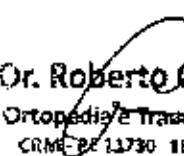


- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX- MAMOGRAFIA DIGITAL- DENSITOMETRIA ÓSSEA- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA- ULTRASSONOGRAFIA GERAL | <ul style="list-style-type: none">- ENDOSCOPIA DIGESTIVA- ESPECIALIDADES MÉDICA- FISIOTERAPIA- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS- ODONTOLOGIA |
|---|--|

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO , foi vítima de acidente de trânsito no dia 17/05/2020 sofrendo FRATURA EXPOSTA DO 4º PDE com LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR deste segmento , submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Otávio de Freitas (limpeza cirúrgica , redução cruenta e fixação com fio de kirschner e tenotomia) . Atualmente apresenta queixa de dor no pé esquerdo com limitação da extensão e flexão do 4º pododáctilo esquerdo com edema residual de fratura. Sequela e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 14/07/2020


Dr. Roberto E. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 11730 SBOT - 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730-PE / SBOT: 7334
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS**



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240
Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 17/05/2020 HORA: 18:00 REGISTRO: 40784

NOME: Jose' Diego da Silva Araújo

SEXO: M IDADE: 15 ESTADO CIVIL: solteiro DATA NASC: 20/01/2005

ENDEREÇO: Rua Edson Alvaro - Machado - SP

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: P

QUEIXAS:

QUEIXAS: Palpite lobar coluna, náuseas, m
an capilar, náuseas, vômito, alucinação
lobar, irritabilidade, atônico, ciano
toracal, náuseas, vômitos

c) SFO, 9.500 ft / 800 ft 130 200
Diamond Camp + Mtn sp

NOF = 0.7

5939489

() INTERNAÇÃO () TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

DR. G. W. M.
1940 XPC

SENA da SIRO



Nome: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO Idade: 15 Anos 3 Meses 27 Dias Nasc: 20/01/2005
Sexo: MASCULINO CNS: 898004148096846 Contatos: 81. 96483105 | Celular: 81. 9888888888
Mãe: ALCIETE SOARES DA SILVA
Endereço: RUA EDSON ALVES , N.º 1 - S/N Bairro: COHAB - CIDADE: MACHADOS - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 17/05/2020 21:29
* Prontuário: 1111311
Nº. Atendimento: 3451620
Serviço: CIRURGIA
Enfermaria/Leito:
Médico:
ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCILSTICO HA +/- 3 HORAS

História Clínica

PACIENTE COM DOR, FERIMENTO E DEFORMIDADE EM PÉ ESQUERDO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEIXA AJINDADA DE DOR E DEFORMIDADE EM MÃO ESQUERDA

Exame Físico

5 QDE COM DESVIO EM VARO, SEM FERIMENTO
EXTenso FERIMENTO EM DORSO DO PÉ ESQUERDO COM VISIVEL LESAO TENDINEA E EXPOSICAO OSSEA

Observações

RX - FX DA FALANGE PROXIMAL DO 5 QDE
FX DOS METATARSO E DE 3,4 E 5 PODODACTILOS

Conduta

FAÇO REDUÇÃO DA FX DA MÃO, CURATIVO DO PÉ
SOL RX CONTROLE DA MÃO
INTERNO PARA CIRURGIA DE URGENCIA

ANNA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA - CRM: Nº.20645

Data/Hora: 17/05/2020 - 21:29

Dra. Lécia Lima
Cirurgia de Orto
CRM 20645

De acordo com o
CADASTRO
SPHERON

17/05/2020 - paciente com E.G. regular, consciente orientado, afibril, de origem dubia, com dificuldade, não relatada dor.

Glaucoma
Hiperemias
Hemorragias

18/05/2020 - Enfermagem 07:32 hrs.

Paciente subiu C.O.R. consciente, orientado, espontâneo, alerta, auscultar MS, IM, abdômen a mao, cocô, dor nas costas, recomendado ao Bloco cirúrgico.

Exames: T.B.S. Sono
Glicose, triglicerídeos

18/05/2020 Fisioterapia motora (030305003-9)
Realizada cinestetapia, diger, pacta pos.
Realizada OR e reposicionamento no leito.

Exame: F. de G. História
Fisioterapeuta
CHIERTO 18/05/2020

Em 19/05/2020 fisioterapia motora.

Realizada cinestetapia ativa e DPO.
man anter, lumbos + er. sobre movimento no
no leito.

A P
Lumbos
Lombopatia
Hiperextensão
Hiperextensão

Em 20/05/2020 Fisioterapia motora

Realizada cinestetapia ativa com
antec. lumbos e movimento no leito.

A P

Juliana Góes
Fisioterapeuta
100000

22/05/2020 Fisio ativa (030305003-9)
paciente de alta com lesão no membro inferior. Dados existentes



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO CLÍNICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nº DO REGISTRO: 1111311 Nº DO LEITO: 26-03
--	---

OPERADOR: DR MARCO LIMA

1º ASSISTENTE: DRA LIS COELHO INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	2º ASSISTENTE: DR MATEUS MUNIZ ANESTESISTA: DR EVERTON
--	---

DATA DA OPERAÇÃO: 21/05/2020 | **INÍCIO:** | **FIM:**

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DOH SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
5. INCISÃO SOB LESÃO PRÉVIA E AMPLIAÇÃO DA INCISÃO COM TÉCNICA EM Z
6. VISUALIZADO LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE
7. REALIZADA TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE
8. SUTURA DA PELE
9. CURATIVO
10. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL
11. TALA BOTA EXTENSÃO DO PÉ E DEDOS
12. A SR

11-05-2020



SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: **JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO**

REG: **1111311**

Cirurgião: **THALES COUCEIRO**

1º Auxiliar: **MARINA HIRSCHLE**

Anestesista: **DULCIDIO**

Anestesia: **RAQUI**

Data da Operação: 18/05/2020

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA ANTEPÉ ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA 3º METATARSO ESQ + FRATURA F1 3º, 4º E 5º ARTELHOS ESQ

Operação Realizada: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COM CLOREXIDINE;
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
3. OBSERVADO EXLENTO FERIMENTO EM DORSO ANTEPÉ DIR A NIVEL DE RAIO, COM LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR 4º PDE. FERIMENTOS EM BASE DE 5º PDE SEMICIRUCULARES. DISSECÇÃO POR PLANOS.
4. IDENTIFICAÇÃO DE FRATURA 3ºMTT ESQ + FRATURA F1 3º, 4º E 5º PDE.
5. REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% ABUNDANTE LAVAGEM. REMOÇÃO DE FRATURAS E FERIMENTOS.
6. FRATURA 3º MTT ESQ REDUZIDA E ESTÁVEL. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTADA E OSTEOSÍTESE COM 01 FIO DE KIRSCHNER 1,5 EM F1 4ºPDE SOB FLUOROSCOPIA.
7. NÃO REALIZADA TENORRAFIA POIS NECESSITAVA DE AMPLIAÇÃO DE INCISÃO E HAVERIA POSSIBILIDADE DE NECROSE DE PELE NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO. REALIZADA FIXAÇÃO DE TENDÃO LESADO (COTÃO PROXIMAL) A OUTRO TENDÃO EXENSOR.
8. SUTURA.
9. CURATIVO, ADESIVO E TALA BOTA. BOA PERFUSÃO DISTAL AO FIM DO PROCEDIMENTO.

Dra. Marina Hirschle
Dermatologista e Traumatologista
Unidade de Cutton
CRM-PE 977 EOT 11652
Início: 01/06/2017
Revisão: 01/06/2017



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rue Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

PRONTUÁRIO Nº: 1110138 ALTA HOSPITALAR: 22/5/2020

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE PÉ

EM 15 DIAS

DR: SANDRELLI

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 22/5/2020

Atendeu paciente
ATEND. CERT.
S. S. S. S.
CRM: 28949

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO – CHÉFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Reg: 1111311

Enf: 26

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 17/05/2020

DATA DE SAÍDA: 22/05/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA EXPOSTA PE ESQUERDO COM LESAO TENDINEA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR LONGO DO 4º PDE E FIXACAO DE FRAURA

PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO, COM FO COM BDM ASPECTO. RECEBE ALTA COM DEVIDAS ORIENTAÇÕES.

DEVERÁ COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Luiz Carlos
Médico
CRM: 28949

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CRM: 28949

Recife, 22/05/2020

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N° 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tel/pt-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: José Diego da Silva Andrade Registro: 111311
Clinica: Traumatologia Procedência:

LAUDO MÉDICO

Paciente de 15 anos com história de acidente com motocicleta evoluindo com fratura exposta de 2ºDE + lesões tendíreas, necessitou de 2 cirurgias neste serviço.

Evoluindo com dor e limitação do movimento. Cigto: 592
596

Grato.

Mateus Muniz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28.631

Data: 18/06/20

Médico-CRM

075-HOF

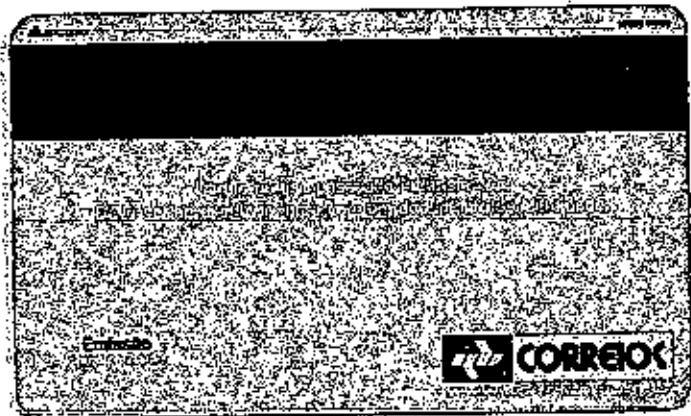
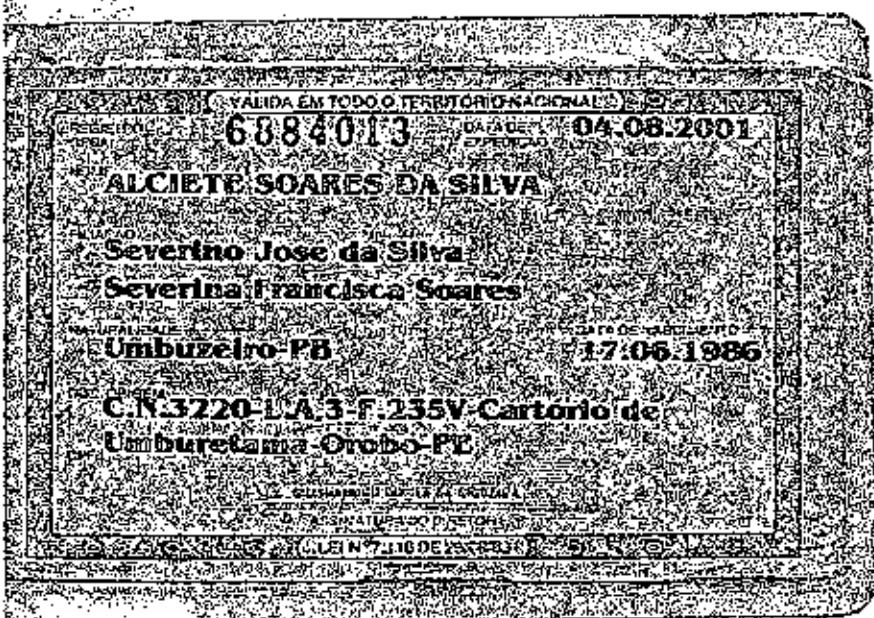
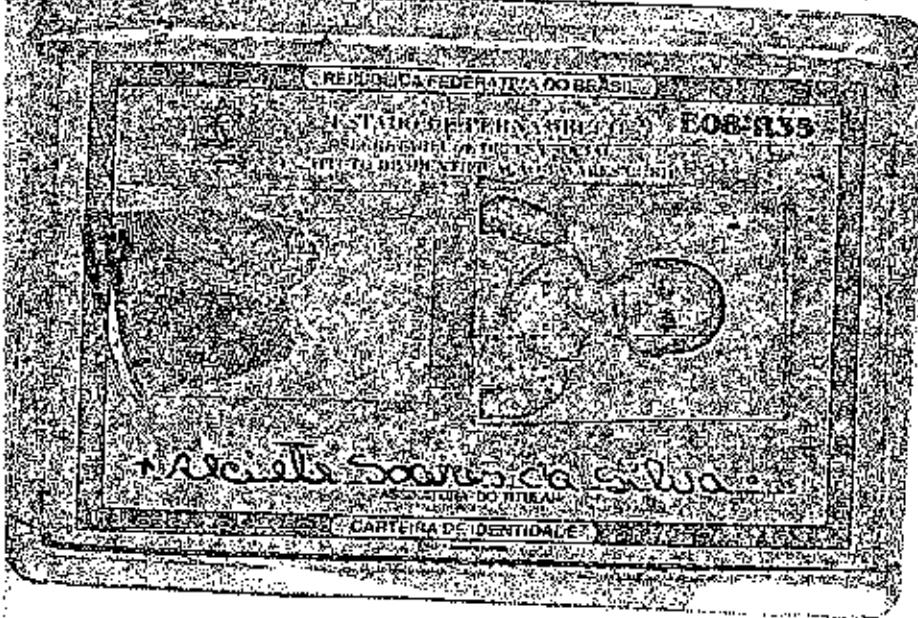


SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1 ^a VIA FARMÁCIA 2 ^a VIA PACIENTE
NOME COMPLETO: CRM-PE:	
PACIENTE: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO ENDEREÇO: PRESCRIÇÃO: CEFALEXINA 500MG ----- 28CP TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS 22/5/2020	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____	
CIDADE: _____ FONE: _____ UF: _____	ASSINATURA DO FARMACÉUTICO DATA: ____/____/____



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROMISSANTE DE INSCRIÇÃO CPF

172.252.534-76

Nome

JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Nascimento

20/01/2005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE

01 314950444

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CÓD. FENAVAM 1131115984-38 ELENCO 12

113111598438 2013

VAGNER DA SILVA DE CARIA 3

OROBO-PE

13111598438 PG09746

9C2HB0210DR445797

PLACA: MOTOCL 1131115984-38

HONDA/POP100

2P/2CIL. C/PILOTO

PARTIC. PRETA

1131115984-38

IPVA 2013 QUITADO

FAIXA 2013 CUSTO TOTAL R\$ 100,00

PREMIO TARIARO R\$ 100,00

SEGURADO PAGO

SEM RESERVA

1131115984-38

OROBO-PE

13/01/10

Charles Andrade Sousa Ribeiro

1131115984-38 DETRAN/PE

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES OU VÍTIERES OU POR SUA CARGA APRESENTADA NA TRAJE SEGURO, TANTO QUANTO SEGURO DPVAT.

PE N° 013814950444 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

VAGNER DA SILVA DE CARIA 3

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAVIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 023 1204

EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 22/01/10

OROBO-PE PLACA 1131115984-38

PG09746

PLACA 1131115984-38

MARCA/MODELO HONDA/POP100

565586939

ANO/FAB. 2013

DATA FAB. 10/9

Nº CHASSI 9C2HB0210DR445797

PRÉMIO TARIARO

R\$ 100,00

CUSTO DO SEGURO R\$ 100,00

CUSTO DO BILHETE R\$ 100,00

VALOR TOTAL R\$ 100,00

PAGAMENTO PARCELADO

COTA UNICA

DATA DE QUITAÇÃO 1131115984-38

SEGURADORA VIDER - DPVAT

CNPJ 05.300.661/0001-06

DESTE ÁTÉQUE E GUARDE O BILHETE DO DPVAT

SE NÃO PODE PORTAR, GUARDE-LO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200270120 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3,5,6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

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 MODERADA DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

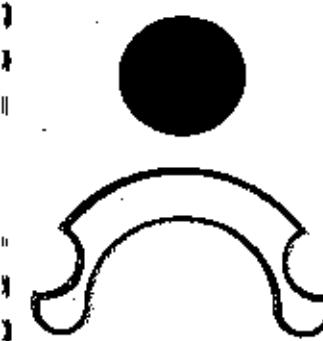
Documentos complementares:

Observações: (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 14/07/2020.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



Seguro **DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito



22/07/20



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DPVAT

TELEFONE / Phone Number

ATENDIMENTO

ENDEREÇO / Address

RUA SENADOR DANTAS, N° 74, 15º ANDAR, CENTRO



CEP
zip

20037-205

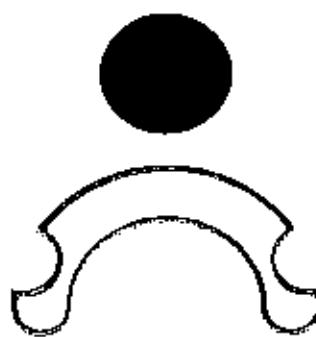
CIDADE
City

RIO DE JANEIRO

UF / State

RJ

PAÍS / Country



Seguro **DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralidér.com.br

Central de Atendimento:
4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender	JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO	
	TELEFONE / Phone Number (81) 996964979	
ENDEREÇO / Address	RUA EDSON ALVARES, N° 25, CENTRO	
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State
55740-000	MACHADOS	PE
 "RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"   PROBAG www.probag.com.br Tel.: (81) 3264-2000		

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)			
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)				
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)				
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)				
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)				
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	-----				
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)					
1º / /	às	2º / /	às	3º / /	às
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <i>Information provided for doorman or condo manager</i>					
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / <i>Reinstated to service post</i>					
Data / / Responsável -----					



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO
 DATA DO ACIDENTE 17.05.2020 CPF DA VÍTIMA 172 252 53476
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALCIETE SOARES DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MÃE
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EDSON ALVARES
 Nº 95 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE MACHAÍDOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL enclayelito70@bol.com.br TELEFONE (81) 996964979

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- RÉGISTRO 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)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- 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
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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, TALIS 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

- RÉGISTRO 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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, TALIS 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- 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.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

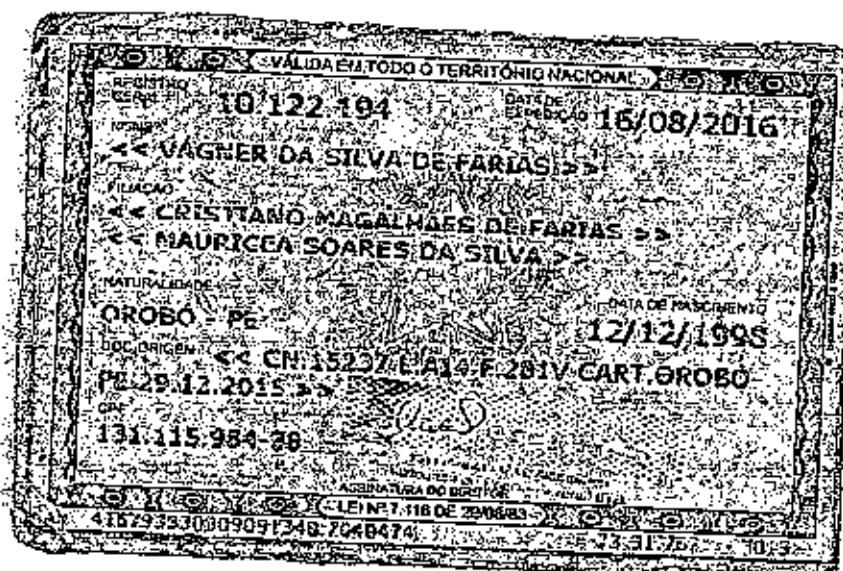
DATA 17-07-2020IDENTIDADE 6884013 SDS PEASSINATURA Alciete Soares da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 17-07-2020NOME John Lennon de Lima Silva

Ag. Correios / Comercial

ASSINATURA Mat. 8.508/254-6



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200270120 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3,5,6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

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 MODERADA DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 14/07/2020.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212083/20

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

CPF: 172.252.534-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2020

Titular do CPF: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALCIETE SOARES DA SILVA : 072.220.854-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 29/07/2020
Nome: ALCIETE SOARES DA SILVA
CPF: 072.220.854-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ALCIETE SOARES DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES