
Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272650

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272650

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272650

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004057

Conta: 000001066240-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 058.753.344-79 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

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

5 - Nome completo: RAFAEL VITOR DE SOUZA 6 - CPF: 058.753.344-79
7 - Profissão: NÃO RESPI 8 - Endereço: RUA SÃO JOSÉ 9 - Número: 297 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SOLIDARIEDADE 12 - Cidade: LAGOA DO CARRO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 9253-2986

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4057 CONTA: 01066240 5
(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 (vairascer)? ☐ 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: LAGOA DO CARRO 14/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0135001876**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/07/2020** às **09:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/4/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RECANTO CARPINA** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO (OUTRO)
RAFAEL VITOR DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**

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

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

RAFAEL VITOR DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DIAS DE SOUZA** Pai: **REGINALDO DE SANTANA DE SOUZA** Data de Nascimento: **26/1/1987** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SAO JOSE, 297 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

FIBRAV- BUGGY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **HVN6709** (PERNAMBUCO/LAGOA DO CARRO) Renavam: **161774997** Chassi: **9B9FBVMAGK1AD5478**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RAFAEL VITOR DE SOUZA, AFIRMA QUE NO DIA 22/04/2020, NO PERÍODO DA TARDE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, QUE NO REFERIDO DIA ESTAVA COMO PASSAGEIRO NO FIBRAV- BUGGY, PLACA HVN6709, QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO, PERDEU O CONTROLE NA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM, NO RECANTO CARPINA, ZONA RURAL, QUE O VEÍCULO VEIO A CAOTAR E A VÍTIMA SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE LAGOA DO CARRO, EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE.

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

Rafael Vitor de Souza
RAFAEL VITOR DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**



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: 058.753.344-79 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

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

5 - Nome completo: RAFAEL VITOR DE SOUZA 6 - CPF: 058.753.344-79
7 - Profissão: NÃO RESPONDE 8 - Endereço: RUA SÃO JOSÉ 9 - Número: 297 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SOLIDADE 12 - Cidade: LAGOA DO CARRO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 9253-2986

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4057 CONTA: 01066240 5
(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 (vairascer)? ☐ 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: LAGOA DO CARRO 14/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MÉDICO REGULADOR	TAM	OPERADOR DE FROTA
Dr.		
DATA/HORA: 22/04/2015 15:15	ID: #87#06	UNIDADE Nº: USB
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Recanto Carpina	NOME DA UNIDADE: Lagoa Carro	
RAZÃO DO CHAMADO: Recanto Carpina Lagoa do Carro		
IDENTIFICANTE: Rafael Victor de Souza	IDADE: 32 anos	SEXO: X
ENDEREÇO: Anacaula		
DIAGNÓSTICO: capotamento		
COMUNICAÇÃO: 15:15	SAÍDA DA BASE: 15:20	CHEGADA NO LOCAL: 16:30
SAÍDA DO LOCAL: 17:30	CHEGADA NO DESTINO: 18:40	
☐ ORIENTAÇÃO ☒ TRANSPORTE ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ CANCELADA ANTES DA REGULAÇÃO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ CANCELADA		
transferência (Cenna)		

TIPOS DE AGRAVOS		
AGENTE DE TRÁFICO	QAS	QUEIMADURA
PEDESTRE	QAS	TÉRMICA
CONDUCTOR DE VEÍCULO	QNECO-OBSTETRICO	QUÍMICA
PASSEIRO DO VEÍCULO	LESÕES TÉRMICAS	ELETRICA
AGRESSÃO	PREINTEND	OUTROS
ELUSÃO	ESQUATRA	
DESARMAMENTO/CONTINUAÇÃO	QUASE AFUNDAMENTO	
ELETROCUSSÃO	QUEDA METRO	

ANTECEDENTES		
ACQ	DIABETES	DROGAÇÃO
ALCOOLISMO	DOENÇA CARDÍACA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ALERGIA	DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA	INTERMUNTO ANTERIORES
AVE	DOENÇA MENTAL	MEDICAMENTO
CIRURGIAS REALIZADAS	DOENÇA RENAL	OUTROS
CONVULSÕES	PROBLEMAS RESPIRATORIOS	

EXAME CLÍNICO - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS		
AGITAÇÃO/AGRESSIVIDADE	DIARREIA	PALPES
ALERGIA	DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	SANGRAMENTO
AUSÊNCIA DE PULSO	DOR LOCAL	VÔMITO
CIANOSE	FESPE	OUTROS
CONVULSÃO	INCONSCIENTE/DESMAIO	

INÍCIO DOS SINTOMAS: X MENOS DE 1 HORA	☐ 1 A 3 HORAS	☐ MAIS DE 4 HORAS	☐ MAIS DE 24 HORAS	☐ NÃO SABE
HORA: 15:15	PA: 120x80	PULSO: 102	SATURACÃO O2%: 99%	ESCALA DE GLASGOW: 15

RESPIRAÇÃO			
X LIVRE	X ESPONTÂNEA	X NORMAL	X NORMAL
OBSTRUÇÃO PARCIAL	PARADA RESPIRATÓRIA	RONCOS/SIBLOS	SUPERFICIAL
TOTAL	ASSISTIDA	ESTERTORES	REGULAR
CORPO ESTRANHO	RITMO IRREGULAR	DIMINUIÇÃO MV	IRREGULAR
BRONCOASPIRAÇÃO		AUSENCIA MV	
SIGNATURA DE QUOTE			

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: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL VITOR DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04057

CONTA: 000001066240-5

Nr. da Autenticação 7A4F277765C3FEBE

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



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DIAS DE OLIVEIRA

CPF: 493.704.804-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO JOSE 297

SOLIDADE/LAGOA DO CARRO
55820-000 LAGOA DO CARRO 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

31/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,01

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/07/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/07/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

117578650

CONTA CONTRATO

000719247024

Nº DO CLIENTE

2001651934

Nº DA INSTALAÇÃO

0001836690

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1AC7.E79B.5E5A.DAB7.068D.F1C5.1B02.832E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	52,00	0,45063787	23,43
Consumo Ativo(kWh)-TE	52,00	0,35636165	18,53
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 109660599-25/05/20			2,81
Multa por atraso-NF 113656357 - 23/06/20			1,79
Juros por atraso-NF 113656357 - 23/06/20			0,20
Atualização IGPM-NF 113656357 - 23/06/20			0,33
Doação APAE - 0800 722 2723			7,00
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,76
TOTAL DA FATURA			57,01

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
41,96	25,00	10,49	41,96	0,80	0,33	41,96	3,73	1,56

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,31756451
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25112806

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUL 20			52
JUN 20			114
MAI 20			396
ABR 20			127
MAR 20			116
FEV 20			187
JAN 20			143
DEZ 19			113
NOV 19			30
OUT 19			247
SET 19			30
AGO 19			341
JUL 19			128

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	13,11	31,25
Transmissão	1,86	4,43
Distribuição (Celpe)	9,65	23,00
Encargos Setoriais	1,86	4,43
Tributos	12,38	29,50
Perdas de Energia	3,10	7,39
TOTAL	41,96	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003011162308	CAT	23/06/2020 18.475,00	24/07/2020 18.527,00	31	1,00000	0,00	52,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/08/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	CARPINA	1,74	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,74	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,51					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios lagoa do itaenga: rua antonio francisco da silva centro / maria rosineide gomes de barro: r antonio francisco da silva 90 centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Novas Tarifas reajuste médio de 4,88% vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 2683/20).

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000719247024	07/2020	57,01	31/07/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PREFEITURA MUNICIPAL
DE LAGOA DO CARRO

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data	22/04/2020	Hora	15:16	Registro	19840
Nome	Rafael Tutor de Souza				
Endereço	Rua São José				
Bairro	Centro	Cidade	Lagoa do Carro		
Idade	33	Sexo	M	Profissão	Motociclista
Responsável	Mae Maria José Dias de Souza				
Endereço do Responsável					
Nascimento	26/01/1987				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEICULO
TIPO

Automóvel ☐
Atropelamento ☐

Ônibus ☐
Colisão ☐

Moto ☐
Capotagem ☐

Ciclo ☐
Outro ☐

☐ AGRESSÃO

ARM
TIPO

Arma de Fogo ☐
Assalto Bruto ☐

Arma Branca ☐
Apêl. Bruto ☐

Espionagem ☐
Agressão Sexual ☐

Outro ☐
Outro ☐

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

CAUSAS

ANTICIPAÇÃO DE SINAL ☐

ERRO DE JUIZAMENTO ☐

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

PA X mmHg FC PULSO TEMPERATURA

Edema + dorso, dor, aparente luxação de 34° e 52° BDD.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

① Fratura? *na*

— *avulsões*

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

① Transfusão pelo SAMU
② Sifonagem - clamp + 10cc LSC 97% EV
③ Cateterismo - clamp + 10cc EV
④ - 50cc EV

Dra. Carolina Franchini
Médica
CRMPE-27368

15/20

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____

CLÍNICO: _____

Nº DO REGISTRO: _____

Nº DO LEITO: _____

OPERADOR: _____

1º ASSISTENTE: _____

2º ASSISTENTE: _____

INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: _____

ANESTESIA: _____

DURAÇÃO: _____

DATA DA OPERAÇÃO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERAÇÃO: _____

OPERAÇÃO PROPOSTA: _____

OPERAÇÃO REALIZADA: _____

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Lra. Maria Borges
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 20.343 TCOT 15.122



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
RAFAEL VITOR DE SOUZA

Idade:
33 Anos 6 Meses 1 Dia

Nasc.
26/01/1987

Sexo:
MASCULINO

CNS:
709501675059970

Contatos:
81. 91139720 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA JOSE DIAS DE SOUZA

Endereço:
RUA SAO JOSE , N.º 297 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: LAGOA DO CARRO -
UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 13/07/2020 07:50

Prontuário: 1110259

Nº. Atendimento: 3459180

Serviço:

Enfermaria/Letto:

Médico:
EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ

Admissão

Queixa Principal

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 22/04/20, CAPOTAMENTO DE JIPE, TEVE FRATURA DO 3 AO 5 QDD, COM LIMITACAO DE MOVIMENTAR OS DEDOS, RETIROU FIOS SEM RX CONTROLE (SIC), POR DR. SIDEVAL, EM LAGOA DO CARRO

História Clínica

Exame Físico

DEBILIDADE DE MOVIMENTACAO IMPORTANTE DOS DEDOS LONDOS, COM DESCIO ULNAR DO 3 QDD

Observações

FRATURA 3 AO 5 QDD

Conduta

RX CONTROLE

HERMES FISCHER DE LYRA - CRM: Nº.12216

Data/Hora: 13/07/2020 - 09:18

Original
Controle
EX-DASTRADO
SANE-1107

Atendimento: 3448633

Dt Atendimento: 22/04/2020 - 17:35

Dt Alta: 24/04/2020 - 14:31

Paciente: 1110259 RAFAEL VITOR DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 217 TRAU 40-02 - POSTO IV

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: NIVIAMBF

Diretor Clínico:

CID: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento de Alta

- Procedimento não Informado

Observação de Alta



Atendimento: 3448633

Dt Atendimento: 22/04/2020 - 17:35

Dt Alta: 24/04/2020 - 14:31

Paciente: 1110259 RAFAEL VITOR DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 217 TRAU 40-02 - POSTO IV

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: NIVIAMBF

Diretor Clínico:

CID: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento de Alta

- Procedimento não Informado

Observação de Alta





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Roguel Vitor de Souza Registro: 30

Clínica: _____ Procedência: _____

Rx MÃO DIR

3º ODD AP/Perfil

4º ODD AP/Perfil

5º ODD AP/Perfil

Exaturo

3º/4º/5º ODD

Dr. Nomes Nomes de Lya
Ortopedia - 74, 65 Mão
CRM 12216

13.07.20

Data: 1/1

Médico-CRM

075-HOF



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

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Atestado

Atesto para os devidos fins que
Rafael Vitor de Souza encontra-se
impossibilitado de realizar qualquer
atividade, sendo necessário repouso
por 30 dias.

CID 10. S62

Data: 15/06/20

Dr. Geovane Júnior
Médico - Traumatologia
CRM 23047

075-HOF



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

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

RESUMO DE ALTA

Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Reg: 1110259

Enf: 40

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 22/04/2020

DATA DE SAÍDA: 24/04/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º QDD

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º QDD

PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS-OPERATÓRIO, COM FO COM BOM ASPECTO. RECEBE ALTA SOB ORIENTAÇÕES. REALIZAR CURATIVO DIÁRIO EM PSF E ATB VIA ORAL

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

Mateus Muniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28.631

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)

      

CIVIL CRIMINAL CAPTURAS CARCERÁRIO PLACAS CELULAR INFOPOL

[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN [GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL
Placa: HVN6709
Nome proprietário: SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO
CPF do proprietário:
UF: PE Tipo: AUTOMOVEL
Espécie: PAS
Combustível: GASOLINA Marca / Modelo: FIBRAV
Marca:
Cor: BRANCA Ano Fabricação:
Município: LAGOA DO CARRO
Logradouro: RUA SAO JOSE
Número: 432 Bairro: CENTRO
Cep: 55820000
Complemento:
Chassi: 9B9FBVMAGK1AD5478 Restrição:
Renavam: 161774997
Licenciamento: R\$ 0,00
IPVA: R\$ 0,00
Seguro: R\$ 0,00
Bombeiro: R\$ 0,00
Conservação: R\$ 0,00
Taxas: R\$ 0,00
Multas: R\$ 0,00
Quantidade Multas: 0
Quantidade de multas a vencer: 0
Multas a vencer: R\$ 0,00
IPVA a vencer: R\$ 0,00
Total: R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272650 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA **Data do acidente:** 22/04/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º,4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.(P-3-4-9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DEDOS DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: X

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272650 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA **Data do acidente:** 22/04/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º,4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.(P-3-4-9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. P4

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214086/20

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

CPF: 058.753.344-79

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 22/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL VITOR DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL VITOR DE SOUZA : 058.753.344-79

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: 31/07/2020
Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA
CPF: 058.753.344-79

RAFAEL VITOR DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA