



Número: **0069541-88.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

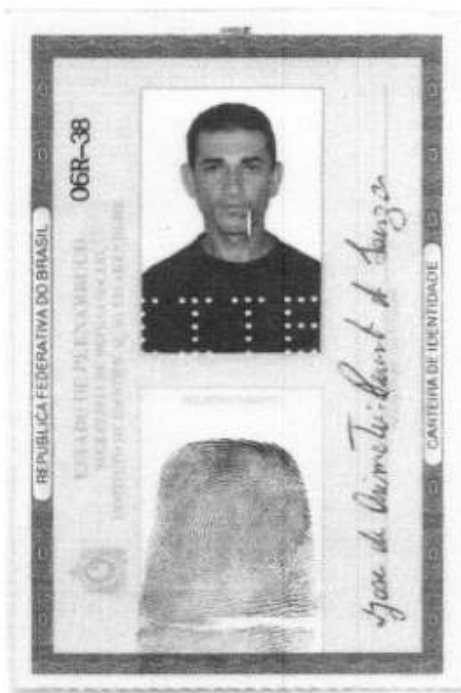
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO MATIAS DE SOUZA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76069 617	01/03/2021 14:48	2785038_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros (Documento)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559967 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA IDOSA (66 ANOS)

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

Outorgante: Severino Matias de Souza, brasileiro(a), estado Civil solteiro, profissão peixeiro, residente e domiciliado à Rua Van Luiz Lucena, nº 282, bairro Jacim Gueany, Município de Timbaúba, Estado PE, Cep: 55.870.000, Rg nº 46.210.52, órgão emissor SSP/PE e CPF nº 890.692.004-06

Outorgado(a): Jose de Crimataci Duarte de Souza, inscrito(a) no CPF sob o nº 037.807.304-42, Carteira de Identidade nº 5344982, órgão emissor SBS/PE, estado civil solteiro, profissão autônomo, com endereço lote 198 (Barragem), 198, Timbaúba - PE

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

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Matias de Souza, ocorrido em 01/05/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) 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.

Timbaúba, 10, de Junho de 2019.

Severino Matias de Souza

Outorgante

Autenticidade ou verdadeira

TABELIONATO
DE NOTAS E PROTESTOS
DE TIMBAÚBA/PE

Tabellão Geomar Brito Medeiros
Substituto Marlene Alves Dias
Rua Doutor Alencastro, nº 315 - Centro - Timbaúba/PE - (81) 3621-3887
www.tpe.jus.br/sci/digital

Reconheço por Autenticidade a firma de SEVERINO MATIAS DE SOUZA;
Dou fé. Timbaúba - PE, 10/06/2019 08:11:14.
Emol R\$ 3,50, FERM R\$ 0,04, FONSEG R\$ 0,00, TSNR R\$ 0,00, FERC R\$ 0,40
CRISTYAN LUAN J. DA SILVA - escrevente autorizado

RG05201901.03332



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338750/19

Número do Sinistro: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

CPF: 890.692.004-06

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SEVERINO MATIAS DE SOUZA : 890.692.004-06

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: 09/10/2019
Nome: JOSE DE ARIMATEIA DUARTE DE SOUZA
CPF: 037.807.304-48

JOSE DE ARIMATEIA DUARTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO MATIAS 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14842063





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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO MATIAS DE SOUZA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00275/00276 - carta_03 - INVALIDEZ

00060138



Carta nº 14843893





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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO MATIAS 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: $6,25\% \times 13.500,00 =$ R\$ 843,75

Recebedor: **SEVERINO MATIAS DE SOUZA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000877**

Conta: **0000068451-2**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	890.692.004-06	Severino Matias de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Severino Matias de Souza	
Profissão:	Endereço:	CPF: 890.692.004-06
Robson - R	Rua Ven. Luiz Teixeira	Número: 282
Bairro: Jardim Guarany	Cidade: Timbaulta	Estado: PE
E-mail:	CEP: 55870-000	Tel. (DDD): 819.9258-3087

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input 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)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: Timbaulta 20/08/19
	Nome:
	CPF:
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura:	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura:	



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: 890.692.004-06 4 - Nome completo da vítima: Severino Matias 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: Severino Matias de Souza 6 - CPF: 890.692.004-06
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Ver. Luiz Lourenço 9 - Número: 282 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Guarany 12 - Cidade: Timbucuba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55870-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 9 9258-3087

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: 0877 CONTA: 68451 2
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) ☐ Divorçado ☐ 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(v) (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 269 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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: Timbucuba, 01/03/2021

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 POLICIA DA 04ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência N°. 19E0136001185

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/07/2019 às 17:56

Complementa o BO Número:
19E0136001077

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/5/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido na endereço: RUA HILDEBRANDO DE QUEIROZ, 1, EM FRENTE AO TODO DIA - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
SEVERINO MATIAS DE SOUSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDA
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA

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

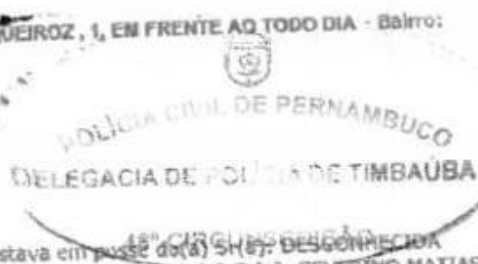
SEVERINO MATIAS DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: SEVERINA TAVARES DA SILVA Pai: ELIAS MATIAS DE SOUSA Data de Nascimento: 13/3/1953 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: RUA VEREADOR LUIZ LUCENA, 202 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM GUARANI - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDA (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): DESCONHECIDA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA



<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=136&idOc=7880739&nroBO=1...> 01/07/2019



Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

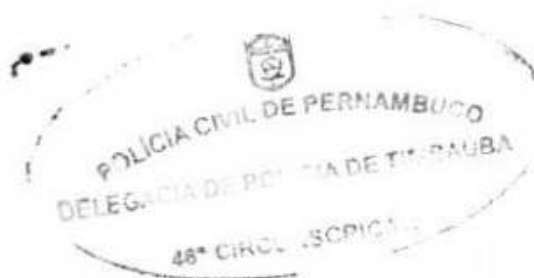
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA EM SUA BICICLETA EM FRENTE AO TODO DIA DESTA CIDADE, QUANDO UMA SENHORA EM UMA MOTOCICLETA O ATROPELOU. A VITIMA CAIU AO CHÃO E A SRA. NADA FEZ SE EVADINDO DO LOCAL. O SAMU FOI ACIONADO POR POPULARES QUE POR ALI PASSAVAM. ONDE FOI LEVADO PARA A UPA LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

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

Silvanomatis de Souza
BEVERINO MATIAS DE SOUSA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: 21030114481331800000074544504



<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=136&idOc=7880739&nroBO=1...> 01/07/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 890.692.004-06 Nome completo da vítima: Severino Matias de Souza

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

Nome completo: Severino Matias de Souza CPF: 890.692.004-06

Profissão: Revisor-SC Endereço: Rua Ven. Luiz Teixeira Número: 282 Complemento: _____

Bairro: Jardim Guarany Cidade: Timbaulta Estado: PE CEP: 55870-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9.558-3087

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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: Timbaulta 20/08/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severino Matias de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

PROTÓCOLO

01/09/2019

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



BASE / VTR: _____

Classificação de Risco: ☐ Verde ☒ Amarelo ☐ Vermelho ☐ Cinza

H: 16:18
Nº OCORRÊNCIA: 622213
Solicitante: Marcelo
MÉDICO REGULADOR: Carlos Eduardo
Frederico

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☐ Residência ☐ Rodovia ☐ Outros

Endereço: R. Michelina de Quadros (em frente ao Teatro Ilho)

Bairro: Centro

Município: Timbóia

Nº 96

Situação do local ☐ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Difícil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Produto perigoso ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº das vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☐ Sim Quais?

Solicitação de apoio ☐ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193 ☐ Outros:

Dados da vítima

Nome: Selma Maria de Souza

Documento: _____ Idade: 65 Sexo: ☒ M ☐ F

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Acompanhante: _____

Documento: _____

Grau de aproximação: _____

Telefone: _____

PA: 130x90 mmHg FC: 99 bpm FR: _____

DEXTRO:

Sat. O2% 98%

T°C: _____

Alergias ☐ Negs ☐ Não informado ☐ S/ condições de informar ☐ Outras. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Negs ☐ Não informado ☐ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Amishocardiopatia ☐ Negs tratamento anterior ou atual ☐ Sem condições de informar ☐ Outros. Qual?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ESCALA DE GLASGOW 6 A 7 ANOS

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ chora em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	2 - extensão anormal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
1 - ausente	1 - ausente	1 - ausente	1 - sem resposta	1 - sem resposta	2 - decerebração
1 - ausente	1 - ausente	1 - ausente	1 - sem resposta	1 - sem resposta	1 - sem resposta

TOTAL: 15

TOTAL:

Mecanismo do trauma: ☐ Não se aplica ☐ Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura ☒ Acidente de trânsito ☐ FAF ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não

Pulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PCR

Tipo de acidente de trânsito

☐ Atropelamento ☐ Frontal ☐ Lateral ☐ Traseiro ☐ Capotamento ☐ Rotacional

Posição da vítima no veículo:

☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro ☐ Condutor ou garupa de moto

Equipamento de segurança:

☐ Não usava ☐ Sem informação ☐ Cinto de 2 ou 3 pontos ☐ Capacete retirado pela equipe ☐ Capacete retirado por outros

Localização da vítima:

☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo

Deambulando ☐ Sim () ☐ Não ()

Posição encontrada:

Veículo da vítima:

☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☒ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Outro envolvido:

☐ Carro ☒ Moto ☐ Van ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Posta/Arvore ☐ Sem informação



<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Roncos/Sibilos D/E	<input type="checkbox"/> Crepitação
<input type="checkbox"/> Edema de Glots	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> MV diminuídos D/E	<input type="checkbox"/> Sangramento
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Gasping	<input type="checkbox"/> MV ausente D/E	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Secção	<input type="checkbox"/> IOT		<input type="checkbox"/> Não realizado	

5. Pele	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Descorada	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria	6. Ausculta Cardíaca	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofonesia	<input type="checkbox"/> Arritmia
	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Não realizado	
Perfusão	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Cianótica					

7. Exame Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Obnubilação	Afasia: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não
Otorragia: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Olfos de Guaxinim: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Batido: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Deficit motor: MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> NIE			
Rigidez de nuca: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Mioticas	<input type="checkbox"/> Midríaticas	Reagente: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	
Gineco/obstetrícia: G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> / IG: <input type="checkbox"/> Trabalho de Parto: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não						
Contrações: <input type="checkbox"/> não / se, sim: <input type="checkbox"/> fraca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> forte nº <input type="checkbox"/> / min. Bolso rota: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não						
Toque: <input type="checkbox"/> cm/dilatação. <input type="checkbox"/> Abortamento	<input type="checkbox"/> Hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/> Outros				
RN <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Dequi placenta	Apgar 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/>					

Achados do Exame Físico

Cabeça

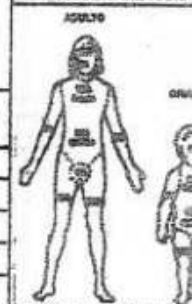
Pescoço

Tórax

Abdome

Pelve

Extremidades



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Guedel N°	<input type="checkbox"/> Másc. O2	L/min.	<input type="checkbox"/> Monitoriz. cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Retirada rápida	<input type="checkbox"/> KED
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Catéter O2	L/min.	<input type="checkbox"/> Desfibrilação	<input type="checkbox"/> Cardioversão	<input type="checkbox"/> Aquecimento	<input type="checkbox"/> Controle de hemorra
<input type="checkbox"/> IOT n°	<input type="checkbox"/> Ventilação c/Ambú		<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	
<input type="checkbox"/> TVM - Modalidade:			<input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Rígida	<input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Compressão Torácica	<input type="checkbox"/> DEA		<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização: <input checked="" type="checkbox"/> MMSS / <input type="checkbox"/> MMII			

Prescrição Médica:

Relatório de Enfermagem/ Médico

Último de colúmbia montou bicicleta, e
monstrou com o auxílio de bicicleta, com o auxílio
de bicicleta, não conseguiu montar, levou em
seguida para o hospital, com o auxílio de um
D com dificuldade para descer da
monta (fratura fechada de clavícula D)

Durante o Transporte:

Recusa de atendimento .Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato.

Nome _____ Doc _____ Assinatura _____
Testemunha _____ Doc _____ Assinatura _____

Encaminhado:

☐ Recebido por: _____ Nome/carimbo do Médico ou EnF. Resp. _____
☐ Removido por outros Quem? _____ Para _____

☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp. _____

Óbito no local: ☒ PCR associado a ☐ Rigidez cadavérica ☐ Livor mortis ☐ Decaptação ☐ Carbonização ☐ Hemi corpo

Méd. Regulador Resp.: _____ Formação Constatação / Declaração de Óbito: ☐ sim ☒ não

Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____ CID: _____

PERTENCES DO PACIENTE

NOME:

DOC.:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Avaliação da Ocorrência (entre a equipe) ☐ Regular ☐ Bom ☐ Ótimo

Equipe de atendimento

Conductor: Antonio Téc. Enfermagem: RICARDO Enfermeiro: _____ Médico: _____
COREN: TECNICO DE ENFERMAGEM COREN: _____ CRM: _____
COREN-PE 675.074



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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000068451-2

Nr. da Autenticação 7A955A41B4A2EE9B





中國經濟與文化建設的成就 2005

JARINE GUARANY/TIMBAUBA
TIMBAUBA RE
ESTADO

1332315010 05/2019

DATA PRESENTED IN FIGURE 15
8/7/86/2419

176 99

TOTAL DA FATURA					178,90
-----------------	--	--	--	--	--------

[illegible][illegible]



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.802/0001-00 | Insc. Est. 090543-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
DANNA COSTA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA QUEIMADA 90

CPF: 097.430.064-97

QUERÊNCIA/TIMBULADA
TIMBULABA PE
55370-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA (MENSAL)	DESCRIÇÃO
7018818382	06/2019
17/06/2019	10/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	159,29

DATA DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
06/06/2019	UNICA	10/06/2019
PERÍODO DE FATURAMENTO	10/06/2019	10/06/2019
10/06/2019	201383272	5067366

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abonijado	173,00 kWh	0,74183879	128,35
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,50
Cópia: 1001 Prefeitura Municipal			27,60
ICMS Substituição - ICMS-ST (25%)			2,92
ICMS Substituição - ICMS-ST (25%)			2,92

TOTAL DA FATURA

159,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ACTUAL DATA	ACTUAL LECTURA	Nº DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
10020280	1-1	10/06/2019	4.194,00	10/06/2019	4.367,00	0	0,00	173,00

MÉTODOS DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIA

COMPOSIÇÃO DO TENDÊNCIA

MÊS	CONSUMO (KWH)	PERCENTUAL (%)
DEZ 18	173	35,50%
NOV 18	186	37,50%
DEZ 18	148	30,50%
NOV 18	140	28,50%
DEZ 18	135	27,50%
NOV 18	133	27,00%
DEZ 18	181	36,50%
NOV 18	155	31,00%
DEZ 18	149	30,00%
NOV 18	153	30,50%
DEZ 18	137	27,50%
NOV 18	124	25,00%

1535 F004 6672 1864 5005 381C 8025 8025

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais detalhes sobre o valor comercializado e o consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O valor comercializado é o valor que a CELPE cobra pelo consumo de energia elétrica. O valor comercializado é o valor que a CELPE cobra pelo consumo de energia elétrica. O valor comercializado é o valor que a CELPE cobra pelo consumo de energia elétrica.

Atenção: O valor de energia elétrica é o valor que a CELPE cobra pelo consumo de energia elétrica. O valor comercializado é o valor que a CELPE cobra pelo consumo de energia elétrica. O valor comercializado é o valor que a CELPE cobra pelo consumo de energia elétrica.

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
DEZ 18	173	0,74183879	128,35
NOV 18	186	0,74183879	138,00
DEZ 18	148	0,74183879	109,00
NOV 18	140	0,74183879	103,86
DEZ 18	135	0,74183879	100,15
NOV 18	133	0,74183879	98,67
DEZ 18	181	0,74183879	134,18
NOV 18	155	0,74183879	114,98
DEZ 18	149	0,74183879	110,53
NOV 18	153	0,74183879	113,50
DEZ 18	137	0,74183879	101,63
NOV 18	124	0,74183879	92,00

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
DEZ 18	173	0,74183879	128,35
NOV 18	186	0,74183879	138,00
DEZ 18	148	0,74183879	109,00
NOV 18	140	0,74183879	103,86
DEZ 18	135	0,74183879	100,15
NOV 18	133	0,74183879	98,67
DEZ 18	181	0,74183879	134,18
NOV 18	155	0,74183879	114,98
DEZ 18	149	0,74183879	110,53
NOV 18	153	0,74183879	113,50
DEZ 18	137	0,74183879	101,63
NOV 18	124	0,74183879	92,00



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
<p>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</p>		<p>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</p> <p>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</p>



CELPE
www.celpe.com.br

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 SEVERINO MATIAS DE SOUZA CPF: 890.592.004-06	DATA DE VENCIMENTO 07/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 184,43	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 09/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 076484226	CONTA CONTRATO 001332315010 Nº DO CLIENTE 2000789743 Nº DA INSTALAÇÃO 0003874842
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VER LUIZ LUCENA 262 JARDIM GUARANY/TIMBAUBA 55670-000 TIMBAUBA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
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	RESERVADO AO FISCO F80C.4B45.0307.4BB4.6F79.1239.782D.E79F		

DESCRIÇÃO				QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)				186,00	0,77952320	144,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA						10,55
Contrib. Ilum. Pública Municipal						27,60
ICMS Subvenção-CDE-NF 068921854-09/07/19						1,29
TOTAL DA FATURA						184,43

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS						
ICMS			PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
155,54	25,00	39,88	155,54	0,81	1,25	5,78

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8.54913000	SET 19	186
		AGO 19	190
		JUL 19	185
		JUN 19	191
		MAI 19	188
		ABR 19	161
		MAR 19	190
		FEV 19	163
		JAN 19	164
		DEZ 18	196
		NOV 18	172
		OUT 18	159
		SET 18	170

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	81,87 34,91
Transmissão	5,24 2,86
Distribuição (Cabo)	32,64 20,98
Energias Soterais	7,66 4,82
Tributos	45,91 29,52
Perdas de Energia	10,38 6,81
TOTAL	185,54 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
M91423	CAT	08/09/2019	43.681,00	09/09/2019	43.667,00	32	1,0000	0,00	186,30

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	TMBAUBA	0,00	6,15	12,30	24,60
FIQ-No.de vezes sem Energia		0,00	3,34	6,72	13,46
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	8,00	8,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 55,49					

Toda Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIQ, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

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
001332315010	09/2019	184,43	07/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose de Primatéria Duarte de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.807.304 / 48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Nátias de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 890.692.004 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura Dano da Vítima Severino Nátias de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 890.692.004 / 06, 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 Queimada</u>		Número <u>98</u>	Complemento
Bairro <u>Queimadas</u>	Cidade <u>Timbauba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9 9258-3087</u>

Timbauba 20 de 08 de 19
Local e Data

Jose de Primatéria Duarte de Souza
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



UPA24h



TIMBAÚBA

Hospital do
Tricentenário

SEM BOG

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 01/05/2019

HORA:

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

106

Nome: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Cartão SUS:

Sexo: M

Data Nasc: 10/03/53

Idade: 65

Nome da mãe:

Logradouro:

R VEREADOR LUIS LUCENA

Nº 282

Complemento:

65A

Bairro/Localidade:

J. GUARANI

Município:

Timbaúba

UF:

PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

Thiago

2- ANAMNESE:

fratura elavada D.

3- SSVV: T

FC

PA

F.R.

Glasgow:

SatO2

HGT

5674554

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Vol 400

1700ml
+ elavada

CID.

Médico: (Assinatura e Carimbo)



BR 408 - Km 20, S/N - Loteamento Araruna - Timbaúba - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920-00005-67 TEL: 81 3631 0443

1) Buscam com o Dr. IM
2) Lupa 3050

Mo. João da S. Alves
C.R. do Conselho
OAB 1147570



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Cláudio FerreiraPaciente: Guilherme Matheus de JesusIdade: 67 anos Senha: 5679554

Anamnese: _____

Exame Físico: _____

Exame físico com Mito e teste deHipótese Diagnosticada Problema de memória

Medicamentos/Procedimentos Realizados: _____

Equipe de Transferência: _____

Médico: Cláudio Ferreira Data: 11/11



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3327582 Prontuário: 1085826
Nome: SEVERINO MATIAS DE SOUZA Nome Social:
Data Nasc.: 13/03/1953 Idade: 66 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 705001229348250
Endereço: RUA CORONEL ANTONIO VICENTE Nº: 55
Bairro: CRUANGI Cidade: TIMBAUBA Estado: PE
CEP: 55875970 Fone: 558193547898 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: SEVERINA TAVARES DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 02/05/2018 01:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão por queda de bicicleta. Esfera flutuante @ 1/3 medial/potol com punho.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Fr. clavícula @

Dr. Juliano Macêdo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.579 TEOT

Dr. Juliano Macêdo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.579 TEOT

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

@ 1/3 medial/potol com punho.

Dr. Juliano Macêdo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.579 TEOT



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER V2**

Data e hora retirada da senha: 02/05/2019 01:57

	Nome Paciente:	SEVERINO MATIAS DE SOUZA
	Cód. Paciente:	1085826
	Data de Nascimento:	13/03/1953
	Sexo:	Masculino
	Idade:	66
	Senha:	EA0006
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3327582 
SAME:	1085826	

Período: 02/05/2019 02:00 - 02/05/2019 02:03

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: SOFREU QUEDA DE BICICLETA APÓS COLISÃO COM MOTO ONTEM À TARDE.
DOFREU PANCADA NA CABEÇA NAS NÃO DESMAIOU.

Observação: NEGA DM, HAS OU ALERGIAS, P.A. = 156X94MMHG. P=82.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: **EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)**

Data Impressão: 02/05/2019 02:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
INTEGRAÇÃO TERRITORIAL




Severino Matias de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
9112.1444.B015.838E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:05:05 do dia 14/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4621052
DATA DE EMISSÃO 15.07.1991
NOME SEVERINO MATIAS DE SOUZA
FILIAÇÃO Elias Matias de Souza
Fluorão Severino Matias de Souza

MATRICULA 1138730-03
DATA DE VENCIMENTO 13.03.1993
DOC. ORDEM Cartão, 03/03/1993 1.333 3.44
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.716 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 890.692.004-06
Nome SEVERINO MATIAS DE SOUZA
Nascimento 13/03/1953

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Severino Matias de Souza

