

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210153569

Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 21/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDVALDO SILVA DA CUNHA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210153569

Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 21/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDVALDO SILVA DA CUNHA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210153569

Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 21/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDVALDO SILVA DA CUNHA

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **EDVALDO SILVA DA CUNHA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000098293729-3**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210153569

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA

Data do acidente: 21/11/2020

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tibia direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 20°, ausência de atrofia no segmento, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Osteossíntese da fratura, fez fisioterapia e alta médica.

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/06/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: 775.314.774.91 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Silva da Cunha

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

5 - Nome completo: Edvaldo Silva da Cunha 6 - CPF: 775.314.774.91
 7 - Profissão: Fiscal 8 - Endereço: Rua Alecrim Bl 03 QD. 25 9 - Número: 49 10 - Complemento: Apt. 101
 11 - Bairro: Nossa Senhora das Graças 12 - Cidade: Parauapebas 13 - Estado: PA 14 - CEP: _____
 15 - E-mail: macedojsf43@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99907-7180

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Nubank (260)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 98293729 3
(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 (ainda não)? 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: Parauapebas, 18/05/2021

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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E2106000228**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/05/2021** às **09:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/11/2020** às **19:40**

Caso ocorrido no endereço: **TRAVESSA DALLAS, 01, RUA RODÓPIANO FLORENCIO** - Bairro:

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEVERINO GOMES DE LIMA (OUTROS)
 EDVALDO SILVA DA CUNHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

EDVALDO SILVA DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA SILVA DA CUNHA** Pai: **JOSE FELIX DA CUNHA** Data de Nascimento: **5/9/1970** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4111024/SDS/PE (RG), 77531477401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **FISCAL** Telefone Celular: **- 81080402293**

Endereço Residência: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, RUA LEO VIRGINIO DE AGUIAR, 254, PERTO DA PRACA 3 BANDEIRAS - CEP: 0 - Bairro: DIVINOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO GOMES DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA FRANCISCA DE LIMA** Pai: **JOAO GOMES DE LIMA** Data de Nascimento: **4/8/1950** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2512785/SSP/PE (RG), 31132871468 (CPF), 00865841318 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Endereço Residência: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, RUA CAMPOS, 5/N, - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO GOMES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO SILVA DA CUNHA**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000**

Placa: **0YH6364 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **12253731600**

Ano fabricação/Ano de uso: **2020/2020** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU AO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL NESTE HOSPITAL A PESSOA DA VITIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA E ESTAVA INDO PARA SUA RESIDENCIA PÓS TINHA ACABADO DE DEIXA UM AMIGO NA RESIDENCIA DESTE E FAZENDO O CAMINHO ESTAVA PASSANDO EM UM CRUZAMENTO NA RUA DO FATO PROXIMO A UM POSTO DE GASOLINA E UM AUTOMÓVEL DESCONHECIDO FEZ A MANDRRA DE SAGUIR EM ENFRETE SEM A DEVIDA PARADA E NESTA INSTANTE OCORREU A COLISÃO ENTRE AQUELE AUTOMÓVEL E A MOTOCICLETA E A VITIMA FOI AO SOLO E LA SENTIU DORES NA FERNA DIREITA E AQUELE AUTOMÓVEL SEGUIR O CAMINHO, CURIOSOS APROXIMARAM E UM DELES AÇIONOU O SERVIÇO DE MOVEL DE URGENCIA, SAMU, TENDO UMA EQUIPE COMPARECENDO AO LOCAL ONDE FOI PRESTADO OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA E PARA CONSTAR APRESENTA UMA CERTIDÃO DAQUELE ORGÃO DE URGENCIA COM O NUMERO 2011260223 E FEZ O TRANSPORTE DA VITIMA ATE ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O NUMERO DE PRONTUARIO 368726

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

Edvaldo Silva da Cunha
EDVALDO SILVA DA CUNHA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE BIEIRO SOARES** - Matrícula: **281004-6**
(liberado em 05/05/2021 às 09:46)



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: 775.314.774.91 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Silva da Cunha

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

5 - Nome completo: Edvaldo Silva da Cunha 6 - CPF: 775.314.774.91
7 - Profissão: Fiscal 8 - Endereço: Rua Alecrim Bl 03 QD. 25 9 - Número: 49 10 - Complemento: Apt. 101
11 - Bairro: Nossa Senhora das graças 12 - Cidade: Parauapebas 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____
15 - E-mail: macedosf43@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 99907-7180

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:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Nubank (260)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 98293729 3

(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 (ainda não)? 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, Parauapebas, 18/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Edvaldo Silva da Cunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

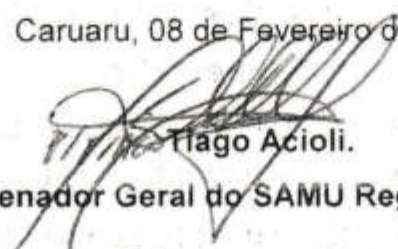
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **EDVALDO SILVA DA CUNHA** portador do **CPF: 775.314.774-91** e **RG: 4.111.924 SDS-PE**, que consta nos registros de ocorrências **Nº2011260223** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia **21/11/2020** às **20h e 07min**, no endereço **RUA RODOPIANO FLORENCIO, SALGADO, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO MOTO X CARRO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 08 de Fevereiro de 2021.


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



**Pedro Henrique
Gonçalves da Silva**
TÉCNICO DE INFORMÁTICA
SAMU REGIONAL AGRESTE
MATRÍCULA: 13.014-1

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 09/02/2021

Edvaldo Silva da Cunha

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 10.835.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 9142
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 LUCIA DA SILVA
CPF: 863.728.554-44 NIS: 16387687250

DATA DE VENCIMENTO

06/05/2021

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

29/04/2021

DATA DA APRESENTAÇÃO

29/04/2021

NÚMERO DA NOTA FISCAL

153833462

CONTA CONTRATO

007026275070

Nº DO CLIENTE

2002046851

Nº DA INSTALAÇÃO

606471184

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALECRIM 40 AP-101

BL-01 QD-25
N SA DAS GRAÇAS/CARUARU
55009-000 CARUARU PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

196F.369F.05A3.7067.7A37.6880.D456.97BB

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	39,00	0,10767988	3,23
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,18459408	11,81
Consumo-TE até 30 kWh	39,00	0,06225190	2,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,15314611	10,12
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,88
Contrib. Bam. Pública Municipal			4,47
Multa por atraso-NF 149797859 - 29/03/21			0,01
Juros por atraso-NF 149797859 - 29/03/21			0,07
Atualização IGPM-NF 149797859 - 29/03/21			0,23
TOTAL DA FATURA			31,98

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10767988
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18459408
Consumo-TE até 30 kWh	0,06225190
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15314611

HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (kWh)
ABR 21	94
MAR 21	160
FEV 21	165
JAN 21	96
DEZ 20	112
NOV 20	84
OUT 20	88
SET 20	83
AGO 20	76
JUL 20	78
JUN 20	64
MAY 20	96
ABR 20	125

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
Geração de Energia	13,30	45,33
Transmissão	1,74	5,68
Distribuição (Cabeis)	0,18	33,15
Energias Geotérmicas	0,00	1,75
Itaipava	1,23	4,37
Perdas de Energia	2,89	10,31
TOTAL	28,90	100

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	28,98	0,60	0,22	28,98	3,62	1,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DEAN	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	VALOR	DATA	VALOR				
00800003170622505	CAT	29/03/2021	3.019,00	29/04/2021	4.813,00	31	1.00000	0,00	94,96

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA 27/05/2021

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	VEZES MENSAL	VEZES SEMANAL	VEZES ANUAL
DEC-Nível de tensão sem energia	CARUARU	0,00	10,29	28,59	41,15
DEC-Nível de tensão sem energia		0,00	7,37	14,74	29,48
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,43	0,00	0,00
DEC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCM: 15,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 14,37

Nota: Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DEC, PFC, EMC e DEM a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! faça compras: rua marivaldo alves da costa 225 José Carlos de Oliveira / farmácia gudes II avenida ruben florencio de moura kennedy lista completa em www.celpe.com.br
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 0,01%, para Baixa Tensão e 11,39% para Alta Tensão-REM 2.861/21 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
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 (isenção do ICMS conforme art. 9. XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE).
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,74.
Desconto de 85% até 30kwh, 49% consumo superior a 30 e até 100kWh e 10% consumo superior a 100 e até 220kWh.
Regras para cobrança de contribuição para custeio de serviço de iluminação pública(COSIP) estão à disposição site www.celpe.com.br/PostoPublico/Contribuição de Iluminação Pública.
Informações Suplementares disponíveis no site www.celpe.com.br, Agência Virtual ou Lojas de Atendimento.

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
007026275070	04/2021	0,00	06/05/2021	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CARDOA - NUM. 1387 - SANTO ANA DO ESCIFR. PE
 CEP: 55040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
 Inscrição Estadual: 19.1.001.0014398-2
 CNPJ: 09.769.038/0001-64
 Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 202103105257672 Escritório: CABUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CONSUMO DE ÁGUA: 10525767.2 03/2021-8
 COBELENE FERREIRA MACEDO
 R. ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - METROPOLIS CARDARA PE 55032-210
 INSCRIÇÃO: 041.971.120.0205.000 GRUPO: 16 OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 10525767.2

TIPO DE SERVIÇO	TIPO DE SERVIÇO	PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	PERÍODO DE VIGÊNCIA
LIGADO	FACTIVEL			
INSCRIÇÃO: A138033778	DATA DEB. AUTOMÁTICO: 12/03/2021	DATA DEB. AUTOMÁTICO: 12/04/2021	PERÍODO DE VIGÊNCIA: 03/2021-8	

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO	A	B	C	D	E	F	NÚMERO DE AMOSTRAS		
							EXIG. ANEXO XX DA PORT. CONS. Nº 05/17	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A INSTALAÇÃO
02/2021 12/							169	167	163
01/2021 7/							169	167	164
10/2020 14/							169	167	167
11/2020 6/							168	167	164
10/2020 8/							168	167	167
04/2020 8/									
MÉDIA 8/ 8									

PARÂMETROS: TUBÍFERO, TUB. APARTE, CLORO RESIDUAL, COLIFORMES TOTAIS, E. COLI

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ATENDIDA EM 85% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICAMENTE COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS TUB. E TUBÍFERO SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL - 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 45,13 (POR UNIDADE)	10 M3	45,13
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,17 (POR M3)	2 M3	10,34

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR
ITA	55,47	0,00	0,14
CONFIO	55,47	3,00	1,64

25/04/2021 TOTAL A PAGAR: 55,47

Entidade por: INTERNET Data: 07/04/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195
 VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

25/04/2021

10525767.2 03/2021-8

TOTAL A PAGAR: 55,47

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Joulene Ferreira Macedo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

540.974.874 / 34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edvaldo Silva da Cunha

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

775.314.774 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura

invalidez

da vítima

Edvaldo Silva da Cunha

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

775.314.774 / 91

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:

Rua Antenor Navarro

Número:

729

Complemento:

Bairro:

Petropolis

Cidade:

Paruaru

Estado:

PE

CEP:

55032-210

E-mail:

macedo.f43@gmail.com

Tel. (DDD):

(81) 99907-7180

Local e Data:

Paruaru, 18/05/2021

Joulene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP¹ nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540974874, 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edvaldo Silva da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 775314774, 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Edvaldo Silva da Cunha
inscrito (a) no CPF sob o Nº 775314774, 91 conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:
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, 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>R. Antenor Navarro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento:
Bairro: <u>Petropolis</u>	Cidade: <u>Camamu</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedojf43@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-250</u>	Tel.(DDD): <u>81 99907-7180</u>

Local e Data: Camamu, 15/06/2023

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SAME HRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) Edvaldo Silva da Cunha RG:4.111.924SDS-PE
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia ,21/11/2020 e foi transferido para o hospital Jesus
pequenino em 27/11/2020

REGISTRO: 368726.

Diagnóstico: Fratura da Tibia Direita.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 27 de Maio. de 2021
09.9751
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 236 - Km 136
dianópolis - CEP 56000-000
PE
Setor de arquivo (same)

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Evandro de Jesus de Souza

REG.: 134040

DATA DE NASCIMENTO: 05 / 07 / 1970

DATA DA CIRURGIA: 30 / 11 / 2020

DIAGNÓSTICO: 6 artroses com joelho direito

TRATAMENTO: Cirurgias 4 - H135

DATA DO RETORNO: 19 / 12 / 2020 - 600h

MOTIVO DO RETORNO: Não Pissou

6 exames realizados para tratamento
720 cent / 2 minutos

João Medeiros Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5360



NOME: Eduardo da Silva da Cunha

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura da tíbia D CID-10: S-822, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 30/11/2020. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Por operação fratura tíbia D
142 dias de ausência. fratura cons-
olidada. No Ra. SI ausência de

Bezerros, 12/04/2021 homenagem médica até
12/04/2021.

Jão Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980

dia para retorno ao trabalho
13/04/2021 - até médica

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PLANO)

DATA DO ACIDENTE:

23/11/20

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

23/11/20

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Edvaldo Silva da Cunha

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de osso do Peroneo D

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Tratamento Cirurgico

ALTA MÉDICA?

SIM NÃO

EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:

SIM NÃO

DIMINUIÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

2º

3º

4º

5º

Peroneo apresenta fratura com consolidação vítrea, com redução articular completo do membro pé do direito da perna, flexão, atrofia muscular 75% grave.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS

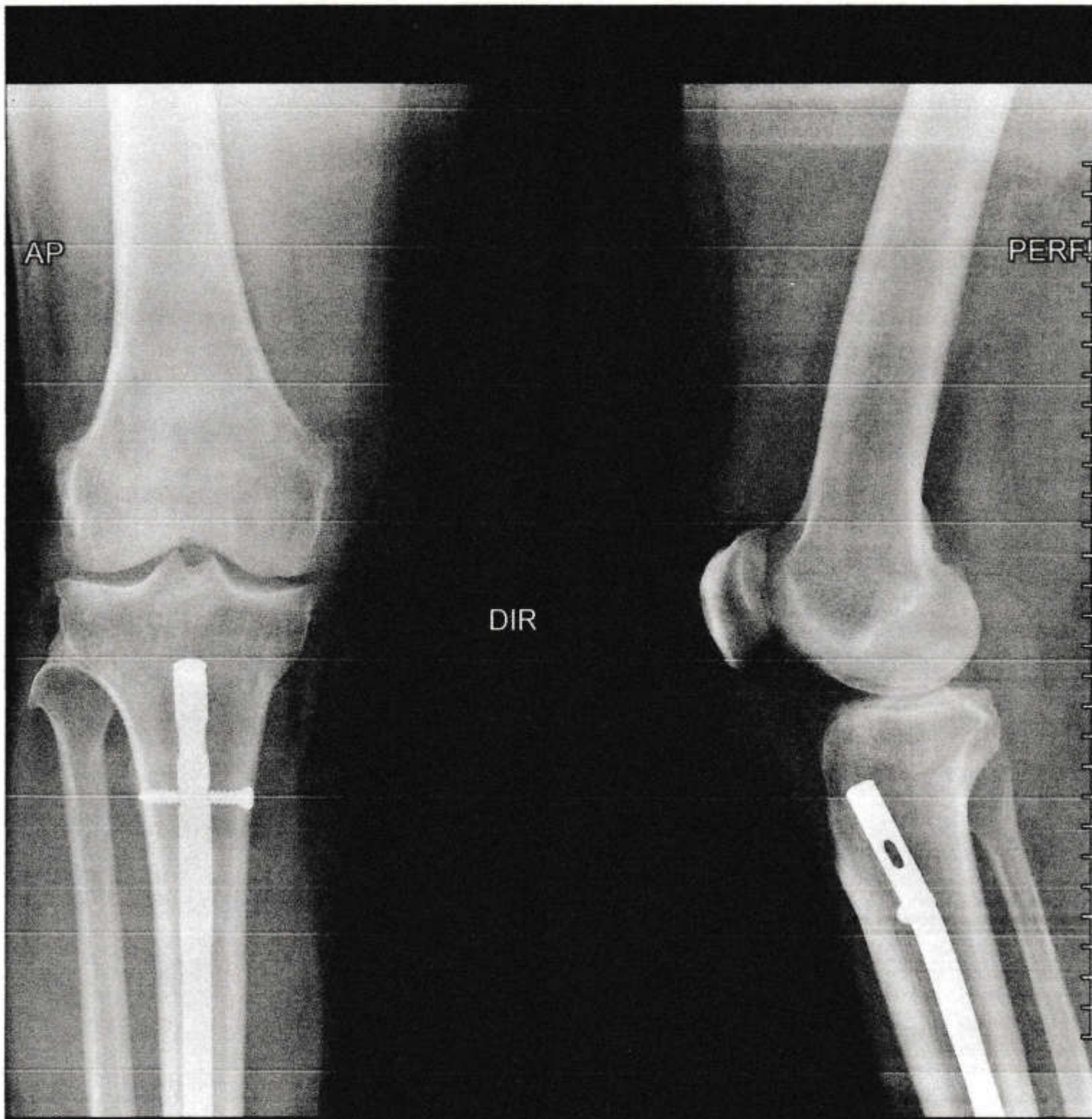
Assinado
Cunha

27/11/20

Victor Crispim
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23144

ASSOCIADO E PARCEIRO

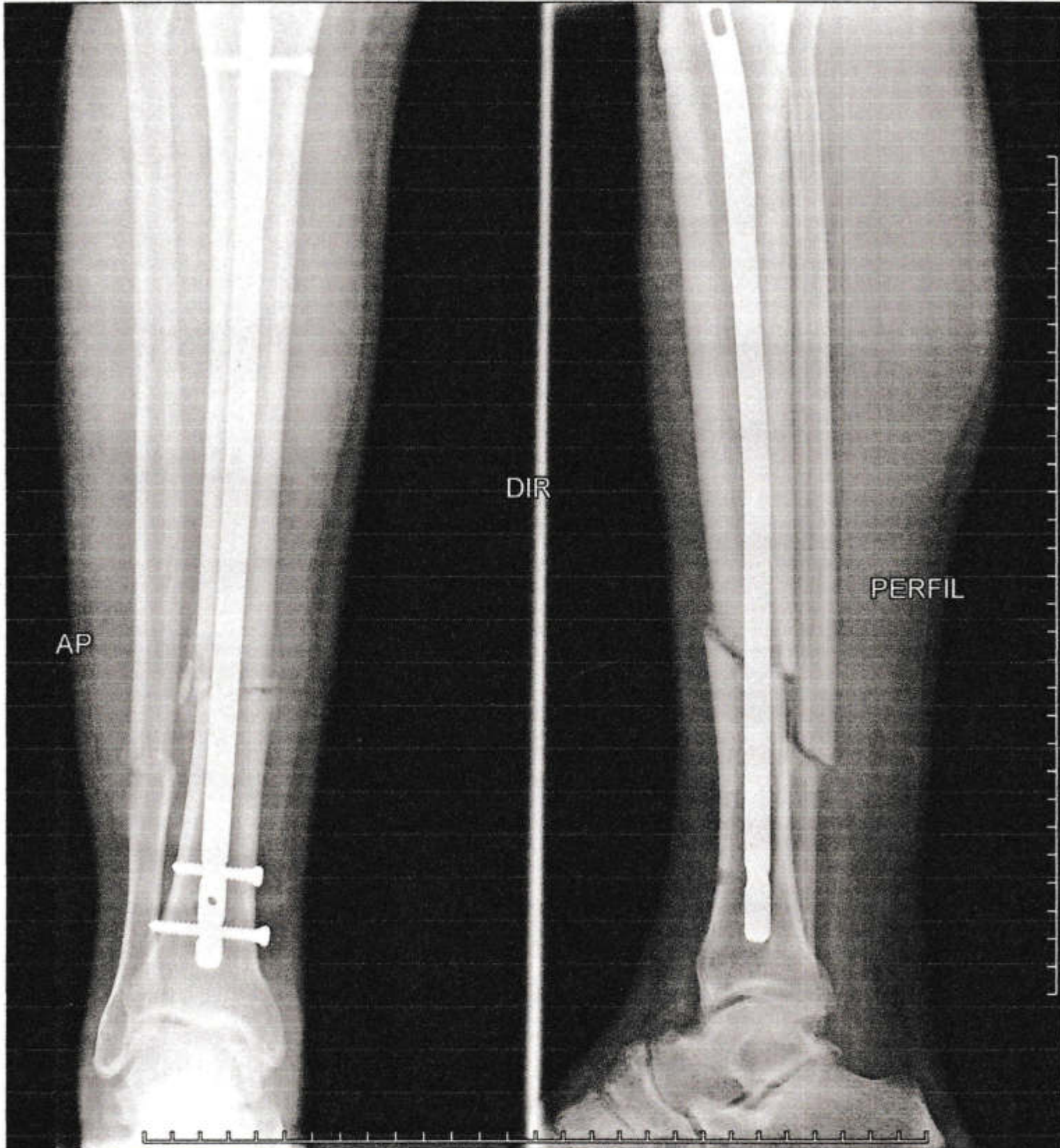




EDVALDO SILVA DA CUNHA
DN: 01/01/1971 050Y

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
ID: 368726

Data: 03/02/2021 07:18
Tec: CARLOS AFONSO



EDVALDO SILVA DA CUNHA
DN: 01/01/1971 050Y

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
ID: 368726

Data: 03/02/2021 07:18
Tec: CARLOS AFONSO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SAME HRA

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o

1. Sr. (a) Edvaldo Silva da Cunha RG: 4.111.924 SDS-PE
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia, 26/11/2020 e foi transferido para hospital Jesus
pequenino em 27/11/2020.

REGISTRO: 368726.

Diagnóstico: Fratura da Tíbia Direita.

Tratamento: Cirúrgico de Fratura de Tíbia Direita.

OBS: 01 Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82

OBS: 02 declaro que a ficha do paciente, EDVALDO SILVA CUNHA, que deu entrada nesta unidade
de saúde no dia 26/11/2020 e dia 27/11/2020 foi transferido para hospital Jesus pequenino não foi
encontrada possivelmente foi extraviada. (SAME HRA)

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 14 de Junho. de 2021

Edvaldo da Silva Cunha

Setor de arquivo (same)

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

54.685.859-4 09/SET/2010

JOSILENE FERREIRA MACEDO

JOSE FERREIRA DE LIMA

E LINDALVA PEREIRA FERREIRA

CARUARU -PE 16/JAN/1971

CARUARU-PE

CARDUARU

CC:LV.B027/FLS.0078/N.010477

PIS 12419211997

540974874/34

ASSISTENTE DE DIRETOR

LEI Nº 7.111 DE 2006

8400-4

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO GRANDE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Lindalva Pereira Maciel

CARTEIRA DE IDENT. D. E

250-02274

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DE NATURA

CONTRATO

DETRAN - PE Nº 014961179694

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1285370136 014961179694 2080

BEVERING BOMBS DE LIMA

CARUANO-PE

PLACA QVH0664

CHASSI 522552004602227

GRUPO MOTOR 3800DINA

MODELO/POZ 110X

22 20801 0021 2080

1 2080 0021 2080

3 2080 0021 2080

4 2080 0021 2080

5 2080 0021 2080

6 2080 0021 2080

7 2080 0021 2080

8 2080 0021 2080

9 2080 0021 2080

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PERSONAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014961179694 SILHETE DE SEGURO DPVAT

BEVERING BOMBS DE LIMA

ESTE É O SEU SILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraliber.com.br

CARUANO-PE

3 21 22 11-88

1285370136 WONDRA/POZ 110X

2080 05 900001000R022227

PREMIO TARIFARIO

2.50 0.41 4.05

4.15 0.03 4.18

SEGURODPVAT

DETRAN - PE Nº 014961179694

BEVERING BOMBS DE LIMA

CARUANO-PE

2080 05 900001000R022227

JAN-2002

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210153569

Nome do(a) Examinado(a): EDVALDO SILVA DA CUNHA

Endereço do(a) Examinado(a): R Alecrim, 49, Ap 101 BI 01 Qd 25, Caruaru/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 21/11/2020 - Caruaru/PE

Data e local do exame: 22/06/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de tibia direita

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

osteossíntese da fratura, fez fisioterapia, não comprova data da alta médica.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 20°, ausência de atrofas no segmento, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação grave de tornozelo direito, com bloqueio articular.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Leonardo Neves
Médico
CRM 11742

PROCURAÇÃO PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Edvaldo Silva da Cunha.
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro.
PROFISSÃO: Fiscal IDENTIDADE: 4.111.924 9DS-PE
CPF: 775.314.774.91 CNH: - - -
ENDEREÇO: Rua Alecrim 49 Apt 101 B2.01 QD 25
BAIRRO: Nossa Senhora das Graças CIDADE: Caruaru
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.
CPF: 540-974-874-34. CNH: _____
ENDEREÇO: RUA ANTONOR NAVARRO N. 729
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

Peio presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Caruaru, 18/05/2021

LOCAL E DATA

Edvaldo Silva da Cunha

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124229/21

Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA

CPF: 775.314.774-91

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/11/2020

Titular do CPF: EDVALDO SILVA DA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

EDVALDO SILVA DA CUNHA : 775.314.774-91

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: 24/05/2021
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2021
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Carolyn Lins Veloso