



Número: **0021216-77.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
132378442	08/05/2023 15:15	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00239/00240 - carta_03 - INVALIDEZ

00060120



Carta nº 14335753





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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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 14337020

Pag. 00841/00842 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01911/01912 - carta_04 - INVALIDEZ

00070956



Carta nº 14409530





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, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200440598

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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

Pag. 01023/01024 - carta_02 - INVALIDEZ

00030512



Carta nº 16394839





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200440598

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50
---	--------------

Recebedor: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001838-4

Conta: 0000027927-7

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.

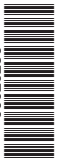
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00577/00578 - carta_15R - INVALIDEZ

00020289





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: 041.069.004-08	Nome completo da vítima: JOSIAS JOSÉ PEREIRO DE CARVALHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo: <u>Josias José Ribeiro de Carvalho</u>	CPF: <u>041-069-004-08</u>	
Profissão: <u>Analista de Sistemas</u>	Endereço: <u>Rua Antonio Machado</u>	Número: <u>95</u> Complemento:
Bairro: <u>Parque</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>50.630-770</u>
E-mail: <u>Josias Jose 2019 @ QUT Look . Com</u>	Tel.(DDD): <u>81991231262</u>	

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\$1.001,00 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)	☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)	Nome do BANCO: <u>BANCO DO BRASIL</u>
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: <u>1838</u> CONTA: <u>27.927</u>
(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.

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

Peço 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 Líder 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vol. nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: _____
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 041.069.004-08

Assinatura: COMPREV
2ª Nome: _____
CPF: _____
Data: 20 MAI 2019
Assinatura: _____

PROTOCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU ROGO, 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.

FP.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - TP do acidente ou ASL: 3 - CPF da vítima: 043.069.004-08 4 - Nome completo da vítima: Joias José Ribeiro de Carvalho

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

5 - Nome completo: Joias José Ribeiro de Carvalho 6 - CPF: 043.069.004-08
7 - Estado: Pernambuco 8 - Endereço: Rua Antonio Machado 9 - Número: 95 10 - Complemento:
11 - Bairro: Condore 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.630.770
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1838 4 CONTA: 27927 9 (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 8.213/91), uma vez que:

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

Solicito a preservação em sigilo de meus dados pessoais e informações do Seguro DPVAT, sob pena de penalização, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em que caso for a solicitação médica apresentada, caso necessário, as custas da Seguradora Líder para verificação dos dados e a quitação total das despesas com honorários de peritos de trânsito causados por veículo automotor, conforme a disposição na Lei nº 13.874/14.

Declaro que esta averbação não se aplica e não se aplica a qualquer caso a título de avaliação médica ou remissão ao pedido de cobertura a avaliação médica, caso discordo do meu relatório.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Quilado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tem filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tem irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou algum herdeiro? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ocorrência ou fato de natureza de caráter criminal ou de responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a vítima)
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a vítima)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a vítima)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a vítima)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 21 de Outubro de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096001451**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **17:11**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **1/3/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BCO SANTANDER**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE)
ESTADO (OUTRO)
JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ESTADO**

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Pai: JOSÉ RODRIGUES RIBEIRO DE CARVALHO Data de Nascimento: 28/11/1978 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5321137/SOS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 983014692 - 985914585

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 95, RUA ANTONIO MACHADO - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ESTADO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ESTADO, que estava em posse do(a) Sr(a): ESTADO Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO EM VIA PÚBLICA QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, APARECEU UMA PEÇA À SUA FRENTE, QUE FARIA PARTE DE UMA VIATURA DA POLÍCIA MILITAR E QUE



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

Xosé José Ribeiro de Carvalho

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**

COMPRESA S.p.A. **COMPRESA**
 43 MAGGIO 2019
PROTOCOLLO
 COMPRESA REC. 75

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096001451**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **17:11**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/3/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BCO SANTANDER**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR / AGENTE /
ESTADO / OUTRO)
JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) ESTADO

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

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO** Pai: **JOSÉ RODRIGUES RIBEIRO DE CARVALHO** Data de Nascimento: **29/11/1978** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **5321137/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 983014592**
- 985914585

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 95, RUA ANTONIO MACHADO - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ESTADO - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ESTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **ESTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO EM VIA PÚBLICA QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, APARECEU UMA PEÇA À SUA FRENTE, QUE FARIA PARTE DE UMA VIATURA DA POLÍCIA MILITAR E QUE

01/03/2019 17:11



TERIA SE SOLTADO. DIANTE DE TAL SITUAÇÃO E DA SOLICITAÇÃO DOS POLICIAIS QUE ESTAVAM NA CITADA VIATURA PARA QUE O MESMO PEGASSE A PEÇA E A ENTREGASSE AOS MESMOS, A VITIMA, EXERCENDO A SUA EDUCAÇÃO E CIDADANIA, PEGOU A PEÇA E TENTOU ENTREGÁ - LA AOS POLICIAIS. CONTUDO, DE FORMA RÁPIDA E INESPERADA, APARECEU UMA OUTRA VIATURA DE MARCHA À RÉ, QUE O ATINGIU E O JOGOU AO SOLO. ALEGOU O MESMO QUE, APÓS SER ATINGIDO PELA VIATURA, PERMANECU NO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS QUE O LEVOU À UPA DA CAXANGÁ ONDE FICOU INTERNADO DURANTE QUASE TODO O DIA NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR E SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO
(VITIMA)

Josias José Ribeiro de Carvalho

B.O. registrado por: JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS

Jorge Ricardo Freitas dos Santos





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: 041.069.004-08	Nome completo da vítima: JOSIAS JOSE PEREIRO DE CARVALHO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo: <u>Josias Jose Ribeiro de Carvalho</u>	CPF: <u>041-069-004-08</u>	
Profissão: <u>Axi-Portaria</u>	Endereço: <u>Rua Antonio machado</u>	Número: <u>95</u> Complemento:
Bairro: <u>Parque</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>50.630-770</u>
E-mail: <u>Josias Jose 2019 @ QUT Look . Com</u>	Tel.(DDD): <u>81991231262</u>	

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\$1.001,00 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)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)	Nome do BANCO: <u>BANCO DO BRASIL</u>
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: CONTA:	AGÊNCIA: <u>1838</u> <u>4</u> CONTA: <u>27.927</u> <u>7</u>
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vol nascido)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado	Local e Data: _____
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	<u>Josias Jose Ribeiro de Carvalho</u>
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: 041.069.004-08

Assinatura: COMPREV
2ª | Nome: _____
CPF: _____
20 MAI 2019
Assinatura

PROTOCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU ROGO, 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.

FP5.001 V001/2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 0321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Josias José Ribeiro de Carvalho</i>	CPF da Vítima <i>043.069.004-08</i>	Data do Acidente <i>01-03-2019</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
<i>[Assinatura]</i>	
E-mail	Telefone (DDD) <i>1819 8488-7131</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

01 de Outubro de 2020
Local e Data

Josias José Ribeiro de Carvalho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL3.001 V001/2017





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000328 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO, 40 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 5321135 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 041.069.004-08, residente à RUA ANTONIO MACHADO, nº 95, CORDEIRO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/03/2019, por volta das 10:48 hs, no endereço: AV. CAXANGÁ, S/N, MADALENA RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL SPIN DA PMPE PRATA PDL0197-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO, inscrito sob o CPF nº 041.069.004-08 e Registro Geral nº 5321135, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718066-7 BRANCO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1273676. Ficou aos cuidados do médico FELIPE FRAGOSO, registro 26180. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 12/04/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000328



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/12/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320044059801
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01838
CONTA: 000000027927

Número da Autenticação

25D8B77E02DA1BEE



NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 25 de Março, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Fone: 8000943-03 | www.cepa.com.br

DADOS DO CLIENTE
ISABELLA CLAYTON COSTA DE MENEZES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV GAL SAN MARTIN 80 LJA B

SP 259 285 574-16

COARCELA/RILCIFE
RECIFE PE
5003-000

CLASSIFICAÇÃO

2.1. COMMERCIAL FORMATION

W-DAAGIADATUM	Stund	Stunde
2019/4788	UNICA	1305/2019
2019/4789	2018/2019	2018/2019
1305/2019	2018/2019	5553048

7027788284	05/2019
27/05/2019	11/06/2019
	216,72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Caraculha (vivo) (Hwy)	236.000.000	2.730 (vivo)	64.37
Artycho (Sardas) (MARELA)			1.36
Centro (vivo) (Pulca) (Marela)			31.08

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
FOLIO (0000)	TIPO DE FOLIO	ANTERIOR		ACTUAL		DIFEREN	COMENTARIO	AGENTE	CONSUMO (99%)
		FECHA	LETRADO	FECHA	LETRADO				
01710222	SAT	11-04-2019	710210	15-04-2019	710210	0	1/2022		0.00

[illegible]

REFERENCES AND NOTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Este é um curso online gratuito voltado para quem quer aprender mais sobre o mundo da música, desde a teoria musical até a prática. O curso é dividido em módulos e aulas, com vídeos, textos e exercícios. É ideal para quem quer aprender música de forma autodidática ou complementar o aprendizado em um curso presencial. O curso é gratuito, mas há uma opção de assinatura para quem quer ter acesso a todos os recursos e suporte técnico. Para mais informações, visite o site www.musicaonline.com.br.

atividades	desenho topográfico	levantamento	desenho técnico	desenho paisagístico	desenho artístico
1	5,83	4,96	9,25	14,82	
2	3,85	5,11	8,33	12,66	
3	6,92	2,77	0,00	6,26	

TENDÊNCIA RESISTÊNCIA (%)	LARGURA DE TENDÊNCIA (%)	
	passiva	ativa
1	3,33	2,22
2		2,22

Fig. 1-13. 1-2. 1-3. 1-4. 1-5. 1-6. 1-7. 1-8. 1-9. 1-10. 1-11. 1-12. 1-13. 1-14. 1-15. 1-16. 1-17. 1-18. 1-19. 1-20. 1-21. 1-22. 1-23. 1-24. 1-25. 1-26. 1-27. 1-28. 1-29. 1-30. 1-31. 1-32. 1-33. 1-34. 1-35. 1-36. 1-37. 1-38. 1-39. 1-40. 1-41. 1-42. 1-43. 1-44. 1-45. 1-46. 1-47. 1-48. 1-49. 1-50. 1-51. 1-52. 1-53. 1-54. 1-55. 1-56. 1-57. 1-58. 1-59. 1-60. 1-61. 1-62. 1-63. 1-64. 1-65. 1-66. 1-67. 1-68. 1-69. 1-70. 1-71. 1-72. 1-73. 1-74. 1-75. 1-76. 1-77. 1-78. 1-79. 1-80. 1-81. 1-82. 1-83. 1-84. 1-85. 1-86. 1-87. 1-88. 1-89. 1-90. 1-91. 1-92. 1-93. 1-94. 1-95. 1-96. 1-97. 1-98. 1-99. 1-100. 1-101. 1-102. 1-103. 1-104. 1-105. 1-106. 1-107. 1-108. 1-109. 1-110. 1-111. 1-112. 1-113. 1-114. 1-115. 1-116. 1-117. 1-118. 1-119. 1-120. 1-121. 1-122. 1-123. 1-124. 1-125. 1-126. 1-127. 1-128. 1-129. 1-130. 1-131. 1-132. 1-133. 1-134. 1-135. 1-136. 1-137. 1-138. 1-139. 1-140. 1-141. 1-142. 1-143. 1-144. 1-145. 1-146. 1-147. 1-148. 1-149. 1-150. 1-151. 1-152. 1-153. 1-154. 1-155. 1-156. 1-157. 1-158. 1-159. 1-160. 1-161. 1-162. 1-163. 1-164. 1-165. 1-166. 1-167. 1-168. 1-169. 1-170. 1-171. 1-172. 1-173. 1-174. 1-175. 1-176. 1-177. 1-178. 1-179. 1-180. 1-181. 1-182. 1-183. 1-184. 1-185. 1-186. 1-187. 1-188. 1-189. 1-190. 1-191. 1-192. 1-193. 1-194. 1-195. 1-196. 1-197. 1-198. 1-199. 1-200. 1-201. 1-202. 1-203. 1-204. 1-205. 1-206. 1-207. 1-208. 1-209. 1-210. 1-211. 1-212. 1-213. 1-214. 1-215. 1-216. 1-217. 1-218. 1-219. 1-220. 1-221. 1-222. 1-223. 1-224. 1-225. 1-226. 1-227. 1-228. 1-229. 1-230. 1-231. 1-232. 1-233. 1-234. 1-235. 1-236. 1-237. 1-238. 1-239. 1-240. 1-241. 1-242. 1-243. 1-244. 1-245. 1-246. 1-247. 1-248. 1-249. 1-250. 1-251. 1-252. 1-253. 1-254. 1-255. 1-256. 1-257. 1-258. 1-259. 1-260. 1-261. 1-262. 1-263. 1-264. 1-265. 1-266. 1-267. 1-268. 1-269. 1-270. 1-271. 1-272. 1-273. 1-274. 1-275. 1-276. 1-277. 1-278. 1-279. 1-280. 1-281. 1-282. 1-283. 1-284. 1-285. 1-286. 1-287. 1-288. 1-289. 1-290. 1-291. 1-292. 1-293. 1-294. 1-295. 1-296. 1-297. 1-298. 1-299. 1-300. 1-301. 1-302. 1-303. 1-304. 1-305. 1-306. 1-307. 1-308. 1-309. 1-310. 1-311. 1-312. 1-313. 1-314. 1-315. 1-316. 1-317. 1-318. 1-319. 1-320. 1-321. 1-322. 1-323. 1-324. 1-325. 1-326. 1-327. 1-328. 1-329. 1-330. 1-331. 1-332. 1-333. 1-334. 1-335. 1-336. 1-337. 1-338. 1-339. 1-340. 1-341. 1-342. 1-343. 1-344. 1-345. 1-346. 1-347. 1-348. 1-349. 1-350. 1-351. 1-352. 1-353. 1-354. 1-355. 1-356. 1-357. 1-358. 1-359. 1-360. 1-361. 1-362. 1-363. 1-364. 1-365. 1-366. 1-367. 1-368. 1-369. 1-370. 1-371. 1-372. 1-373. 1-374. 1-375. 1-376. 1-377. 1-378. 1-379. 1-380. 1-381. 1-382. 1-383. 1-384. 1-385. 1-386. 1-387. 1-388. 1-389. 1-390. 1-391. 1-392. 1-393. 1-394. 1-395. 1-396. 1-397. 1-398. 1-399. 1-400. 1-401. 1-402. 1-403. 1-404. 1-405. 1-406. 1-407. 1-408. 1-409. 1-410. 1-411. 1-412. 1-413. 1-414. 1-415. 1-416. 1-417. 1-418. 1-419. 1-420. 1-421. 1-422. 1-423. 1-424. 1-425. 1-426. 1-427. 1-428. 1-429. 1-430. 1-431. 1-432. 1-433. 1-434. 1-435. 1-436. 1-437. 1-438. 1-439. 1-440. 1-441. 1-442. 1-443. 1-444. 1-445. 1-446. 1-447. 1-448. 1-449. 1-450. 1-451. 1-452. 1-453. 1-454. 1-455. 1-456. 1-457. 1-458. 1-459. 1-460. 1-461. 1-462. 1-463. 1-464. 1-465. 1-466. 1-467. 1-468. 1-469. 1-470. 1-471. 1-472. 1-473. 1-474. 1-475. 1-476. 1-477. 1-478. 1-479. 1-480. 1-481. 1-482. 1-483. 1-484. 1-485. 1-486. 1-487. 1-488. 1-489. 1-490. 1-491. 1-492. 1-493. 1-494. 1-495. 1-496. 1-497. 1-498. 1-499. 1-500. 1-501. 1-502. 1-503. 1-504. 1-505. 1-506. 1-507. 1-508. 1-509. 1-510. 1-511. 1-512. 1-513. 1-514. 1-515. 1-516. 1-517. 1-518. 1-519. 1-520. 1-521. 1-522. 1-523. 1-524. 1-525. 1-526. 1-527. 1-528. 1-529. 1-530. 1-531. 1-532. 1-533. 1-534. 1-535. 1-5

1986 e 1987, o Conselho de 1974 e a Assembleia Constituinte. Entre os principais membros, estão o deputado José Luís de Albuquerque da Silva, antigo chefe de gabinete do primeiro-ministro, e o deputado José Luís de Albuquerque da Silva, antigo chefe de gabinete do primeiro-ministro. O Conselho de 1974 e a Assembleia Constituinte foram os principais órgãos de decisão política do país durante este período.

14 v

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. As

133-09024/44-2

13/04/2019

MOBA DF 09:13:03

LOT. 15.813509-6

LOCAL TRADE: RECTIFY

AS. VINCULADA: 1028

TERM 819018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 216,72

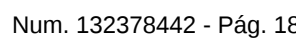
838400800024 167200110029
027785264103 139773988236

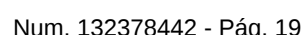
133-636354744-2

214 P10

Loterías CAIXA









Santa Luzia de Energia Elétrica - Cotação por 15 dias de 2024
BILHETE DE COTAÇÃO
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 114, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50040-000
CNPJ 15.525.920/0001-04 | Tel: (81) 3339-4100 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALÊNIO RIBEIRO R. CAVALCANTE
RUA ANTÔNIO MACHADO 15

CPF: 071.796.194-79

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

MTM-2024-PROJETO	MTM-2024-PROJETO	MTM-2024-PROJETO
2024/0017	2024/0017	2024/0017
2024/0017	2024/0017	2024/0017
2024/0017	2024/0017	2024/0017

DIREÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTÔNIO MACHADO 15

CODIGO DE BARRAS

RECIFE PE

50030-772

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
28/04/2019	08/05/2019
28/04/2019	08/05/2019
28/04/2019	08/05/2019

DESCRIÇÃO DA MONTA (TÍTULO)	QUANTIDADE	PREÇO UN.	SALDO UN.
Consumo Energia Elétrica	12,000000	8,3457	99,33
Atividade de Manutenção			1,20
Consumo Elétrico - Residência			18,46
Consumo Elétrico - Comércio			0,70
Consumo Elétrico - Indústria			0,70
Consumo Elétrico - Serviços			1,00
Consumo Elétrico - Outros			0,20

TIPO DE MEDIÇÃO	TIPO DE FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	TIPO DE CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
Medição	CAI	15/04/2019	0,0000	15/04/2019	0,0000	0	1,0000	15,00

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	SALDO UN.
Consumo Energia Elétrica	12,000000	8,3457	99,33
Consumo Elétrico - Residência			18,46
Consumo Elétrico - Comércio			0,70
Consumo Elétrico - Indústria			0,70
Consumo Elétrico - Serviços			1,00
Consumo Elétrico - Outros			0,20

Informações importantes para o consumidor: Este documento é uma cotação de preço e não representa uma oferta definitiva. O preço pode variar devido a alterações no mercado de energia elétrica. O consumidor deve verificar a validade da cotação antes de aceitar a oferta.

TIPO DE MEDIÇÃO	TIPO DE FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	TIPO DE CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
Medição	CAI	15/04/2019	0,0000	15/04/2019	0,0000	0	1,0000	15,00



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/BIBLIOTECABWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISABELLA CUNHA DA COSTA REZEA inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.585.574 / 16
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSIAS JOVÉ PIRES DE CARVALHO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 044.069.004 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima
Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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>AV. GENERAL SAN MARTIN</u>		Número <u>50</u>	Complemento <u>LOJA B</u>
Bairro <u>CORDEIRO</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.630-060</u>
Email <u>anabellaccb@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81 3035 3281</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 997745596</u>

Recife 13 de maio de 2019
Local e Data

Isabella Cunha Costa Reza
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: FELIPESF
Em: 01/03/2019 12:34

Prescrição.: 102247 Data: 01/03/2019 12:33

Usuário.: FELIPESF

Atendimento: 1273676 Dt Nasc: 29/11/1978 (40a 3m 1d)

Convênio.: SUB - AMBULATORIO

Paciente.: 416605 - JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Peso.: Altura: Sup. Corporal:

Internação.: 01/03/2019 11:40 0 Dias(s) Int

Médico.: FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM 26180

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: Cido.:

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: PIII

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: NÃO URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA URGÊNCIA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL 1G/2ML	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
2 CETOPROFENO 100MG 2ML IM	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO	1				1 X DIA	

Dr. Felipe Fragoso
CRM 26180

FELIPE SILVA FRAGOSO
CRM 26180



MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade:	NÃO URGENTE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. OCORRENCIA: 1230977, APRESENTANDO LESAO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA SINCOPE OU EMESE. DOR EM REGIAO LOMBAR.
Observação:	HAS- DM- HGT- PESO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA LEVE
Discriminador(es):	- DOR LEVE - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- ESCALA DE GLASGOW: 15 - REGUA DE DOR: 4 - CAPNOGRAFIA: 97.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°



Acolhido(s) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2019-04-17 08:52:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo: MASCULINO
Contatos: 81-983014692

Idade: 40a 4m
Nascimento: 29/11/1978

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO.
QUEIXA-SE DE DOR EM MSD E EM QUADRIL DIREITO

EXAME FÍSICO:

EGS, COTE
FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM BRAÇO DIREITO DE APROXIMADAMENTE 4CM.
DOR LEVE EM QUADRIL DIREITO A MOBILIZAÇÃO.
SEM ENCURTAMENTO OU DESVIO DE MEMBRO.

DIAGNÓSTICO:

POLITRAUMA



UPA24h
CAXANGÁ
Dr. Judson de Azevedo
Coord. Médico
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980380 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9787633000609





Nome:
416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo:
MASCULINO
Contatos:
/ 81-983014692

Idade:
40a 4m
Nascimento:
29/11/1978

Mãe:
VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço:
RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

Conduta:

- 1) RETIRO COLAR CERVICAL
- 2) SOL SUTURA



FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980560 / FONE: 81-31844365 / CGC: 9767633000609





UPAZA I
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Maria Lucinda
Pública - Município de São Paulo

UF: PE
6505-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Contatos: / 81-983014692

Idade: 40a 3m 1d
Nascimento: 29/11/1978

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

DADOS DO EMITENTE

MÉDICO: FELIPE SILVA FRAGOSO

CRM: 26180

DATA

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA FARMÁCIA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

- 1) DIPIRONA 1G ---- 01CX
01CP 6/6H SE DOR
- 2) PACO ----- 01CX
01CP 6/6H SE DOR INTENSA

RECIFE - PE

RAIA DROGASIL S/A
Cordão - CEP: 50830-060

61.585.865/1895-25

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT:

END: RUA ANTONIO MACHADO

CIDADE:

FONE:

ÓRG. EMISSOR:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ilva Mª Gomes de Sousa
Farmacêutica
CRM-PE 4811

ASSINATURA FARMACÊUTICA

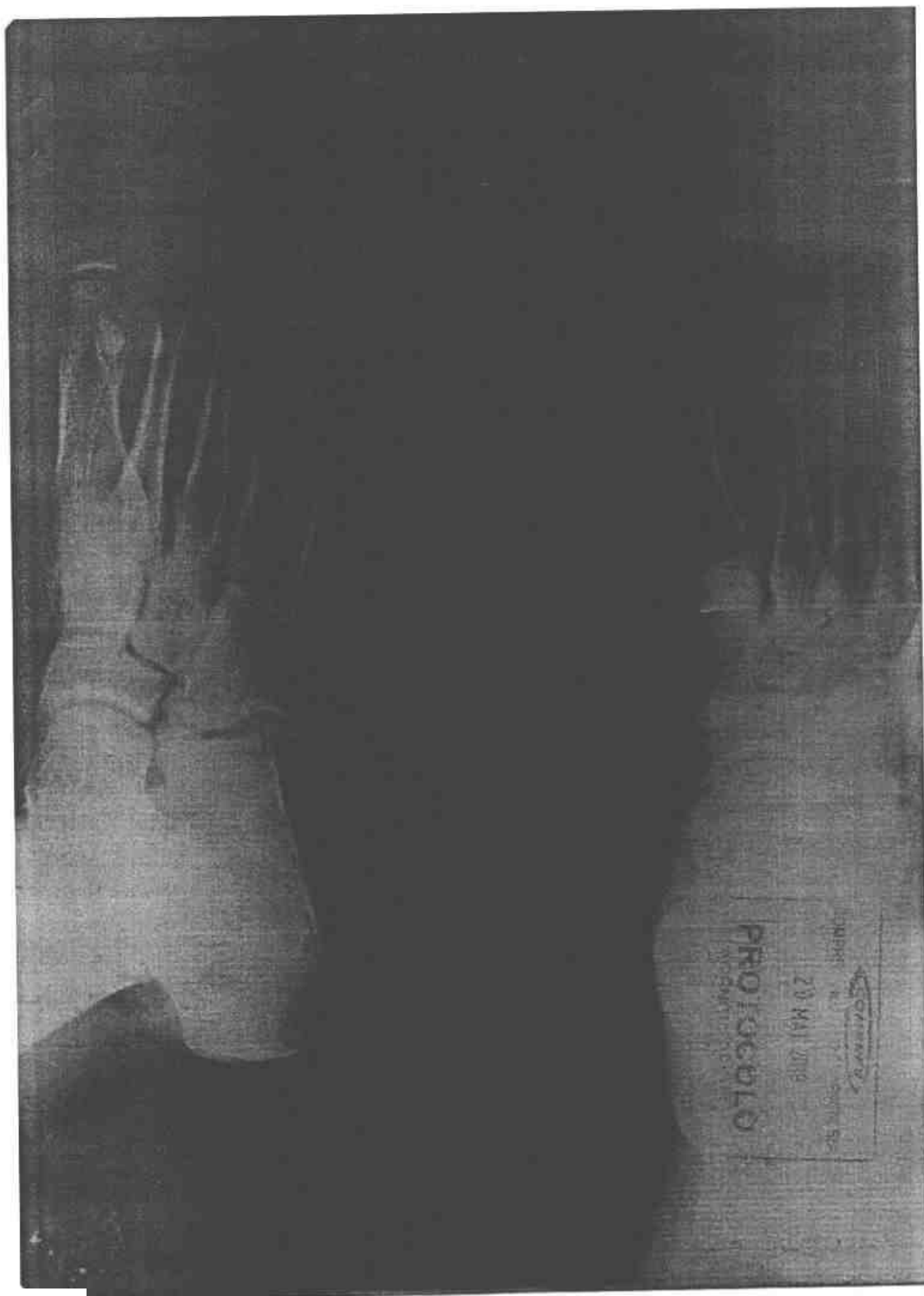
DATA 04/03/18

ASSINATURA E CARIMBO

COMPREV
COMPR. IDA - FARMÁCIA S/A
20 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CUC: 9767633000609







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento: 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

RX DO PE ESQUERDO (AP E OBLIQUO)

NO 20714 1057119.



Antônio YVES
CORDEIRO
RAM 22186

Recife, 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10857

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento: 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

RETIRADA DE BOTA GESSADA NO DIA 14 /05 /19

COMPRESA
COMPRESA
20 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE
Antônio Cesar
Oliveira
Recife, 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordelão - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o(a) Sr.(a) Leandro

da Silva necessita de 40

08 dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S92.3

R6V

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

07/05/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Jader Wanderley

Ortopedia / Cir. do Pé

CRM - 10897 RQE 5376

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martín s/n - Candeias

Recife/PE - CEP 52.030-060

Fone: (81) 31843600

HGV 1017 v.1 2013

COMPRESO

20 MAI 2019

PROTOCOLO



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		RECEITUÁRIO	
NOME COMPLETO: <i>João Carlos da Silva</i>			
IDADE: <i>47</i>		SEXO: F ☐ M ☒	
<i>Doente portador de fratura da mão no quinto metacarpo no esforço. Clavado Refere-se para o tratamento e 30 dias C111592</i> <i>19/03/19</i> Dr. Jader Wanderley Ortopedia / Cir. do Pé CRM - 10897 RQE 5376			

Av. General San Martin s/n - Jardim
 Recife/PE - CEP 50.830-000
 Fone: (0800) 3184500

HGV 1002 V 1 2013.


COMPREV S/A
20 MAI 2019
PROTOCOLO CONCIA RECIFE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F ☐

M ☒

La gente portadora
de suéter da mãe
no genitor. Refere-se
no aspecto. Clavado
Refere-se para
luz. 30 dias. C117597

19/03/19

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

HGV.1002.V.1.2013.

Avenida General San Martín s/n - Candeio
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: (0XX) 81 31845800

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) JOHANNES J.

A. B. G. CORDEIRO 40

ANOS, necessita de 08

(08/10) dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S92.3

R. B. V.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

07/05/19

LOCALIDADE E DATA

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060

HGV 1017 V 1 2013

Fone: 0XX 81 31845600

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

M

Artrite

*Grupo
de coluna*

25/06/19

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pe.
CRM - 10897 RQE 5376

Avenida General San Martín s/n - Candeio
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81 31845600

HGV.1002.V 1 2013.

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

Prontuário: 00020936

Data de Nascimento 29/11/1978

Idade: 40a 5m 7d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

SOLICITO

Rx DO PE ESQUERDO (AP E OBLIQUO)

NO 08/14/05/11/19

Antônio Carlos
Cordeiro
Ram 22186

Recibo: 07 DE MAIO DE 2019

JADER WANDERLEY BARROS E SILVA FILHO - CRM: Nº.10897

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

Digitalizado com CamScanner



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. OCORRENCIA: 1230977, APRESENTANDO LESAO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA SINCOPE OU EMESE. DOR EM REGIAO LOMBAR.

Observação: HAS-
DM-
HGT-
PESO

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 4
- CAPNOGRAFIA: 97.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-03-01 15:41:48

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416805-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO Idade: 40a 3m 1d Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983014692
Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX PE ESQ: FRATURA DE BASE DE 5ª FMTTE SEM DESVIO.
SUTURA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS.
CD:
A) GESSO BOTA
B) ANAGELIA
C) AO AMBULATORIO

FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Digitalizado com CamScanner



Prescrição: 102247 Data: 01/03/2019 12:33
Usuário: FELIPESF
Atendimento: 1273876 Dt Nasc: 29/11/1976 (40a 3m 1d)
Convênio: SUS - AMBULATORIO
Paciente: 416605 - JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Peso: Altura: Sup. Corporal:
Internação: 01/03/2019 11:40 0 Dias(s) Int
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM 28180
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int: Leito: Cobertura:
Cid: Cidlo: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: PIII

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: NÃO URGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA URGENCIA

MEDICAMENTOS						
	Cid	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
1 DIFIRONA SODICA SOL 1G/2ML	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
2 CETOPROFENO 100MG 2ML IM	1	AMPOLA COM 2		IM	1 X DIA	01/03/19
PROCEDIMENTOS MEDICOS						
	Cid	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO	1				1 X DIA	

Dr. Felipe Frágoso
CRM 28180

FELIPE SILVA FRAGOSO
CRM 28180





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416805-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Sexo: Masculino
Contatos: 81-983014692

Idade: 40a 4m
Nascimento: 29/11/1978

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: N° 26180

REGISTRO CLÍNICO

QPO/HDA:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO.
QUEIXA-SE DE DOR EM MSD E EM QUADRIL DIREITO

EXAME FÍSICO:

ECG, COTE
FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM BRACO DIREITO DE APROXIMADAMENTE 4CM.
DOR LEVE EM QUADRIL DIREITO A MOBILIZAÇÃO,
SEM ENCURTAMENTO OU DESVIO DE MEMBRO.

DIAGNÓSTICO:

POLITRAUMA

UPA24h
PA CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

Digitalizado com CamScanner





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Idade: 40a 4m Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contato: 81-983014692
Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO
Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO
- RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019
Prontuário: 00416605
Nº Atendimento: 01273676
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX PE ESQ: FRATURA DE BASE DE 5ª FALANGE SEM DESVIO.
SUTURA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS.
CD:
E) GESSO BOTA
E) ANALGESIA
E) AO AMBULATORIO

UPA24h
CAXANGÁ
Dr. Felipe V. Fragoso
CRM: 26180
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844365 / CGC: 9767633000609

Digitalizado com CamScanner



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-03-01 11:35:01

Nome Paciente:	JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO
Cód. Paciente:	416605
Data de Nascimento:	29/11/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	CG0076
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1273676 
SAME:	

Período: 2019-03-01 11:35:01 - 2019-03-01 11:39:01

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cór:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, APOS ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA.
OCORRENCIA: 1230977. APRESENTANDO LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES. NEGA
SINCOPE OU EMESE.
DOR EM REGIAO LOMBAR.

Observação: HAS-
DM-
HGT-
PESO

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 4
- CAPNOGRAFIA: 97.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-04-17 08:52:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner





Nome: 416605-JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO Idade: 40a 3m 1d Nascimento: 29/11/1978
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983014692

Mãe: VALDETE RIBEIRO DE CARVALHO Endereço: RUA ANTONIO MACHADO, 95 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50630020

Data do Atendimento: 01/03/2019

Prontuário: 00416605

Nº Atendimento: 01273676

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FELIPE SILVA FRAGOSO CRM: Nº 26180

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA F, ATESTO QUE

o Sr.(a): JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

RG DE Nº: 5321135

ORGÃO EMISSOR: SDSPE

CPF NÚMERO:

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA 01/03/2019

- ☒ NECESSITANDO DE 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES (NO TRABALHO OU ESCOLA), CID-10
- ☐ ESTANDO APTO PARA VOLTAR AS ATIVIDADES
- ☐ OUTROS:

RECIPE:

SEXTA-FEIRA, 01 DE MARÇO DE 2019

às 14:48 HS.

Prestador: FELIPE SILVA FRAGOSO

CRM: 26180

AUTORIZAÇÃO

Eu, JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10

Assinatura do Paciente ou Responsável





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **041.069.004-08**

Nome: **JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO**

Data de Nascimento: **29/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/01/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:00:51** do dia **20/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A63B.2EB8.C890.988E**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.585.574-16**

Nome: **ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA**

Data de Nascimento: **20/08/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/05/2003**

Digito Verificador: **00**

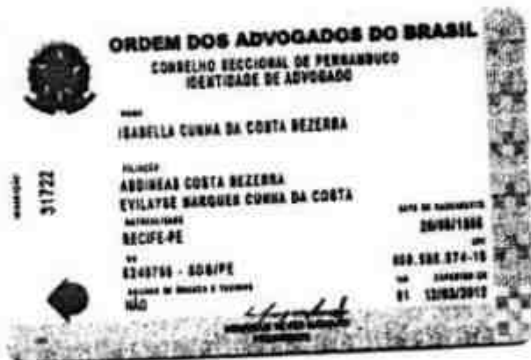
Comprovante emitido às: **14:46:48** do dia **20/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **637D.7D47.A87C.235A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Digitalizado com CamScanner



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: 3200440598

Nome do(a) Examinado(a): Josias Jose Ribeiro de Carvalho

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Machado, 95, , Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 5321135

Data e local do acidente: 01/03/2019 - Recife/PE

Data e local do exame: 17/12/2020 - 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 5 metatarso esquerdo

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

imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19.

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

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

IV. Nexa 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 de grau leve do pé esquerdo, 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.



Pé Esquerdo - Leve - 25%

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



Leonardo Neves
OAB 17.742



**CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE DEFESA SOCIAL****CERTIDÃO**

Nº 44/2019

Declaro para os devidos fins, e por ter sido solicitado pelo(a) Sr(a) JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO, CPF: 04106900408, RG: 5321135, residente na RUA ANTÔNIO MACHADO, 95, - CORDEIRO - RECIFE/PE, que após buscas no Comprovante de Ocorrências foi encontrado o registro que segue:

B1230972

Nome do solicitante: SD ALAN MARTINS MATRIC. 110125-0 PATRI 510217
Endereço: AV CAXANGA - MADALENA - RECIFE
Ponto de Referência: EM FRENTE AO COLEGIO DE FORMAÇÃO INTEGRAL
Natureza: ATROPELAMENTO
Atendido em: 01/03/2019 10:37:08
Finalizado em: // -
Viatura(s): AR 827, MR CMAN, GT13203, GT13000
Comentários da ocorrência:

RELATA QUE FOI PEGAR UMA VIATURA NA OFICINA PATRIMONIO 510217 ONDE ATROPELOU UM TRASEUNTE, CORTOU O BRAÇO ESTÁ SENTIDNO DORES NAS COSTAS

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fpne = 81 983142563,
Ocorrência = M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUÍDO PENDÊNCIA INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE TRANSITO LOCAL

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas



20 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GT13203

CMT INFORMOU QUE ESTEVE NO LOCAL

B

BBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA
INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRECB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINAE SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS
LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

VÍTIMA, JOSIAS JOSE RIBEIRO MELO, 40 ANOS, RG. 5321135 SDS/PE, SOCORRIDA PELO

SAMU VTR BASICA 2 RECIFE SOCORRISTAS, ALDO E JOSIVAN, SEGUNDO OS

SOCORRISTAS A

VÍTIMA NÃO COLABOROU COM A ASSISTENCIA DELES, CONDUZIDO A UPA DE OLINDA

CTTU NO LOCAL SOLICITANDO O IC NO LOCAL

GT13203 EM APOIO

Z=

IC NO LOCAL

PERITO: ANDRÉ AMARAL, MAT 212335-5 VTR LP 014

FINALIZADO AS 14:10

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E,PRATA,2018,RECIFE,PE,9BGJG7520JB125877,100,AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA
INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRECB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINAE SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS
LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Shirley

GGPOC: IC/BASE CIENTE ÀS 12:35 HS.

Ocorrência Duplicada: Solicitante = SD ALAN MARTINS MATRIC. 110125-0 PATRI
RELATA QUE FOI PEGAR UMA VIATURA NA OFICINA PATRIMONIO 510217 ONDE
ATROPELOU UM

510217, Fone = 81 986159751, Ocorrência = M10343970 M10343843 B1230972 D625968
TRANSEUNTE, CORTOU O BRAÇO ESTÁ SENTIDNO DORES NAS COSTAS

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO
LOCAL

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

Ocorrência = M10343875 D625971

E, PRATA, 2018, RECIFE, PE, 9BGJG7520JB125877, 100, AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS

LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

GT13203

CMT INFORMOU QUE ESTEVE NO LOCAL

BBBBBBBBBBBBBB

Ocorrência Duplicada: Solicitante = CB RANGEL MAT 110420-9, Fone = 81 983142563,

** Dados do veículo inseridos automaticamente pelo sistema:

Ocorrência = M10343965 B1230999 M10343875 D625971

** PDL0197,CITYLOC,CHEV/SPIN 1.8L MT LS

E, PRATA, 2018, RECIFE, PE, 9BGJG7520JB125877, 100, AL. FID. BRADESCO

ADMINISTRADORA DE

CONS REST IPVA LEI 10849/92 PROCESSO DE LACRAÇÃO NAO CONCLUIDO PENDÊNCIA

INSTALAÇÃO PLACA/TARJETA/LACRE

CB RANGEL ESTAVA CONDUZINDO A VIATURA DE PATRIMONIO 510217 QUE ESTAVA NA
OFICINA

E SEGUINDO PARA O BATALHAO DO 13º BPM QUANDO APÓS DAR UMA RÉ BATEU EM
UM

TRANSEUNTE.

VITIMA SE ENCONTRA CONSCIENTE, SEM SANGRAMENTO E FRATURAS, APENAS

LEVES

ESCORIAÇÕES MAS O SAMU JA SE ENCONTRA NO LOCAL.

GGPOC AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO OFICIAL E SOLICITAÇÃO DA AUTORIDADE DE
TRANSITO

LOCAL

NÃO AFETO À PMPE

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas

VÍTIMA, JOSIAS JOSE RIBEIRO MELO, 40 ANOS, RG. 5321135 SDS/PE, SOCORRIDA PELO

SAMU VTR BASICA 2 RECIFE SOCORRISTAS, ALDO E JOSIVAN, SEGUNDO OS



25/03/2019

portal.sds.pe.gov.br:52258/ciodesmvo/Certidao/Certidao/ExibirCertidao/44_2019

SOCORRISTAS A
VÍTIMA NÃO COLABOROU COM A ASSISTENCIA DELES, CONDUZIDO A UPA DE OLINDA

CTTU NO LOCAL SOLICITANDO O IC NO LOCAL
GT13203 EM APOIO

Fim de dados de Ocorrências Duplicadas
Supervisor instructed

GGPOC: IC/BASE EM QRD AO LOCAL DA QTC ÀS 12:55 HS.

GGPOC: IC BASE INFORMA A CHEGADA NO LOCAL ÀS 13:01 H.

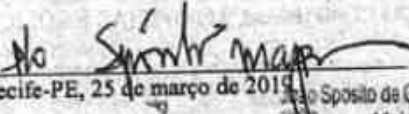
Fim de dados de Ocorrências Duplicadas
GT13000 ESTEVE NO LOCAL

** Event M10343970 transferred from PMPE/2BPM to PMPE/13BPM as M10343970 at 01/03/2019
14:38:23

OCOR. DUPLA M10343843

RETIFICANDO O NOME DA VÍTIMA: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO RG : 5321135
CPF :
041069004-08

E por mais nada haver, vai assinada por mim, Cel RRPM PAULO ROBERTO CABRAL
DA SILVA, MAT 1867-8, Gerente Geral do CIODS.


Recife-PE, 25 de março de 2019

João Sposito de Oliveira Junior
Maj QOPM
Mat. 940241-1

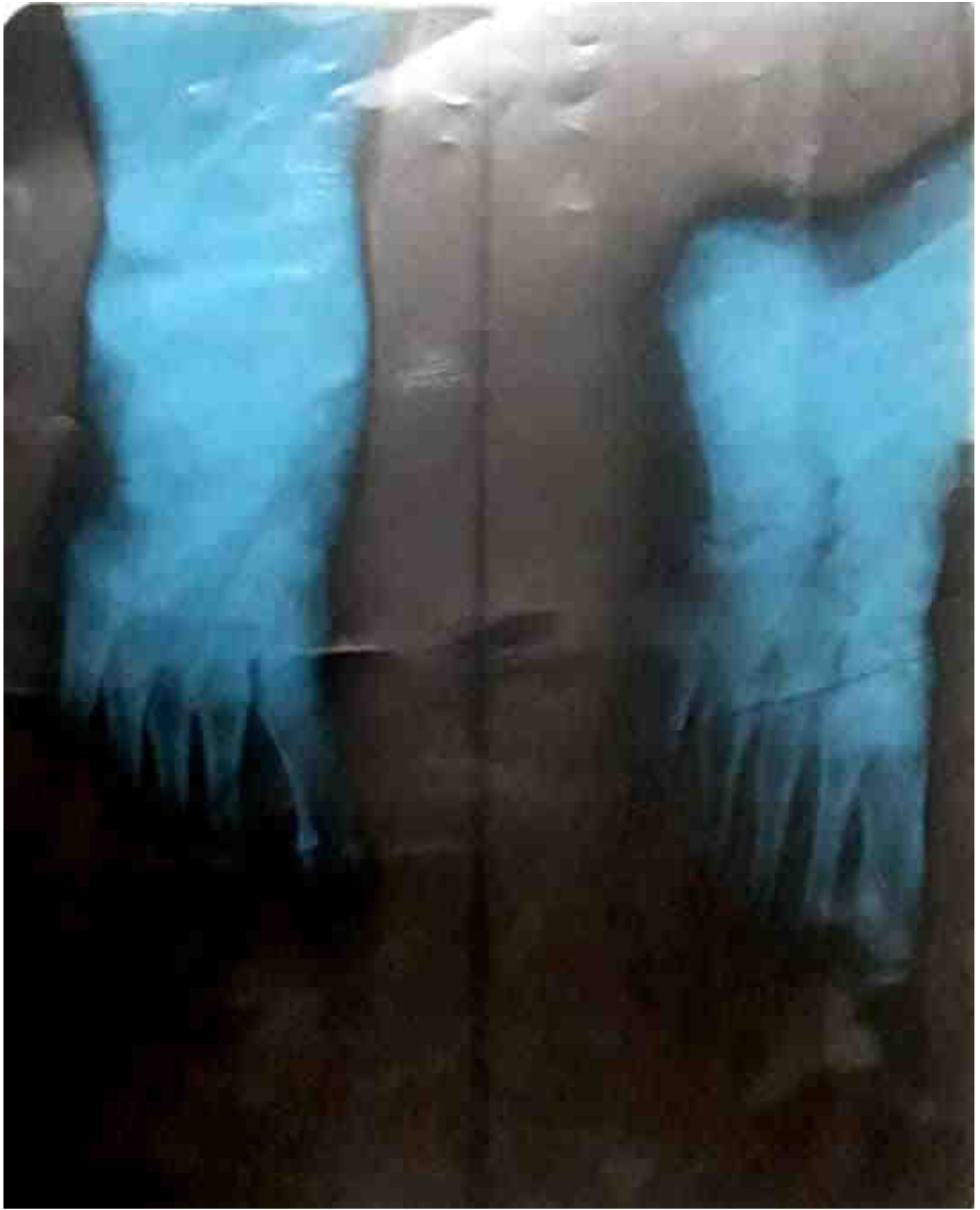
A descrição do fato contida neste documento refere-se, tão somente, às informações repassadas
pelo solicitante por ocasião da denúncia.

COMPREV
COMPROMISSO DE PROTEÇÃO SIA
20 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

portal.sds.pe.gov.br:52258/ciodesmvo/Certidao/Certidao/ExibirCertidao/44_2019

4/4





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/05/2023 15:15:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050815153356000000129321158>
Número do documento: 23050815153356000000129321158

Num. 132378442 - Pág. 54

Supremo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
1ª Turma Recursal
Excmo. Sr. Desemb. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Código Processual 418818
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data da assinatura: 08/05/2023
Assinatura: 1273876
Data da assinatura: 08/05/2023
Número: 282126
Data de Fim: 01/03/2019 13:48:00





Digitizado com CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5 metatarso esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsosfalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: 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 no pé esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5 metatarso esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha normal, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsosfalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, imobilização gessada, não fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta em 25/06/19

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: 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 no pé esquerdo, 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO. P.8
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-3(OUTROS)? / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200440598 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO. P.8
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-3(OUTROS)? / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333123 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO.
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.8
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190333123 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO DIREITO.
FRATURA NO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.8
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





ASSESSORIA E CONSULTORIA JURÍDICA
Advocacia Previdenciária

OUTORGANTE: JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, auxiliar de portaria, portador da carteira de identidade 5.321.135 SDS/PE e inscrito sobre o CPF/MF nº 041.069.004-08, residente e domiciliado Rua Antônio Machado, nº 95, Cordeiro, Recife/PE, CEP: 50.630-770.

OUTORGADOS: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 31.722, portadora da cédula de identidade nº 6240755 SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob nº 059.585.574-16, **ABDINÉAS DA COSTA BEZERRA JÚNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE 30.852, portador da cédula de identidade nº 6965124 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 064.721.864-05 e **DANIELLE DA COSTA BEZERRA RAPOSO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 37.986, portadora da cédula de identidade nº 5536686 SD/PE, inscrita no CPF/MF sob nº 024.317.294-00, todos com endereço profissional à Av. General San Martin, nº 80, Cordeiro, Recife/PE, CEP 50630-060, local onde receberão as intimações e notificações de estilo.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

DECLARAÇÃO: O (A) OUTORGANTE, não tenho condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio ou da família, declara-se pobre na forma da Lei 1.060/50 e suas alterações, assumindo a responsabilidade ora aqui declarada, inclusive penal, cível e administrativamente.

Recife, 09 de maio de 2019.

MANDEI

Josias José Ribeiro de Carvalho

JOSIAS JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168666/19

Número do Sinistro: 3190333123

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO : 041.069.004-08

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA
CPF: 059.585.574-16

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168666/19

Vítima: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA : 059.585.574-16

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

JOSIAS JOSE RIBEIRO DE CARVALHO : 041.069.004-08

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA
CPF: 059.585.574-16

ISABELLA CUNHA DA COSTA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351365/20

Vítima: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

CPF: 041.069.004-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/03/2019

Titular do CPF: Josias Jose Ribeiro de Carvalho

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Josias Jose Ribeiro de Carvalho : 041.069.004-08

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.

