



Número: **0000601-57.2020.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **18/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALVES NETO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
132087987	04/05/2023 17:16	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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011431

Vítima: JOSE ALVES NETO

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALVES NETO

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,

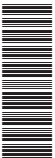
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15352118

Pag. 01763/01764 - carta_01 - INVALIDEZ

00030882





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, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011431

Vítima: JOSE ALVES NETO

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES NETO

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 completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE ALVES NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001061-8

Conta: 000010018234-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 238.733.294-68 4 - Nome completo da vítima: José Aluís Neto

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

5 - Nome completo: José Aluís Neto 6 - CPF: 238.733.294-68
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Teófilo Tonnes 9 - Número: 184 A 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99634-4904

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 18.234 6

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/uma 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: Serra Talhada 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Silva Cavalcante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ª CIRC.
DINTER2/22ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0277001316**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **11:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/10/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 2, PAULO PESSOA GUERRA -**
Bairro: **CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE DA**
HONDA
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ ALVES NETO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ ALVES NETO

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

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

JOSÉ ALVES NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANTONIO ANGELICA DE SÁ Pai: JOÃO JOSÉ DE SÁ Data de Nascimento: **8/5/1953** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2034479/SDS/PE (RG), 23873329468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 184, TEOFANES TORRES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

BICICLETA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ALVES NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALVES NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

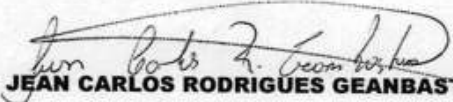
Complemento / Observação



O SENHOR JOSÉ ALVES NETO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE FORA VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO. SEGUNDO O NOTICIANTE NO DIA 02, DE OUTUBRO DE 2019, NA CIDADE DE FLORESTA-PE, ENQUANTO CAMINHAVA COM SUA BICICLETA PELA RUA DA CIDADE, UMA MOTO, AINDA NÃO IDENTIFICADA, O ATROPELOU. POR CONSEQUENTE, ELE FORA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE, ONDE RECEBEU O ATENDIMENTO DEVIDO. DE MODO QUE, FORA CONSTATADO QUE ALÉM DE VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, HOUE, TAMBÉM, A QUEBRA DE UMA DAS PERNAS. MOTIVO QUE LEVOU A ELE TER DE FAZER UMA CIRGUGIA EM SERRA TALHADA-PE. DESTA FORMA, PRESTA O BOLETIM DE OCORRÊNCIA, A FIM DE QUE AS MEDIDAS CABÍVEIS POSSAM SER REALIZADAS.

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

**JOSÉ ALVES NETO
(VITIMA)**

B.O. registrado por:  **JEAN CARLOS RODRIGUES GEANBASTIANE** - Matrícula: **3875237**





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 238.733.294-68 4 - Nome completo da vítima: José Aluís Neto

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

5 - Nome completo: José Aluís Neto 6 - CPF: 238.733.294-68
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Teófilo Tonnes 9 - Número: 184 A 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (87) 99634-4904

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: ☐ RECUO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 18.234 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/uma 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: Serra Talhada 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Silva Cavalcante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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:	21/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320001143101
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

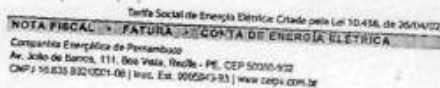
CLIENTE: JOSE ALVES NETO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01061
CONTA: 000010018234

Número da Autenticação

0F5807B1BD5FCC04





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TEOFANES TORRES 154 A

CENTRO-FLORESTA
FLORESTA PE
58400-000

CONTRA CONTRATO	IMPORTE
0690834023	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
01/10/2019	07/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	155,15

Nº DA MOLA PRINCAL	Nº DO	Nº DA MOLA PRINCAL
075836879	UNICA	04/08/2019
APRESENTACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA MOLA PRINCAL
04/08/2019	2002199481	11/05/19

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				155,15
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Aéreo (VWV)				
Acréscimo Bandeira VERMELHA	184,0000000	0,77952320		127,84
Contrib. Ium. Pública Municipal				8,30
FMS Subvenção-COE-NF 084348107-04/08/19				11,48
Multa por atraso-NF 084349107-04/08/19				1,54
Juros por atraso-NF 084349107-04/08/19				2,88
Atualização ISPM-NF 084349107-04/08/19				0,82
TOTAL DA FATURA				

DEMONSTRATIVO DE COLHEITA DESTA SAZÃO FISCAL									
Nº DO RECEIÇÃO	TIPO DA PUNHAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DE DESA	CONSTANTE	AJUSTE	COTIZADO (MIL)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3032266011	CAT	09-09-2016	11 479,00	04-09-2016	11 642,00	0	0,00000	-	194,00

[illegible][illegible]

ATENÇÃO: A CULPA É PORQUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vehicle Number	Driver Name	Date 1/1/20	Vehicle	Driver	Date

Este comunicado não constitui oferta de venda ou subscrição de qualquer título ou instrumento financeiro. Caso o interessado pretenda adquirir qualquer título ou instrumento financeiro, deverá dirigir-se ao emissor ou ao intermediário autorizado para a distribuição dos títulos ou instrumentos financeiros. Este comunicado não constitui oferta de venda ou subscrição de qualquer título ou instrumento financeiro. Caso o interessado pretenda adquirir qualquer título ou instrumento financeiro, deverá dirigir-se ao emissor ou ao intermediário autorizado para a distribuição dos títulos ou instrumentos financeiros.

[illegible]

DOAÇÃO E PROVISÃO DAS INTERPOSIÇÕES				
CONTABILIZADO	PREÇOS	LIMITE REALIZADO	LIMITE EM REALIZAÇÃO	LIMITE ANUAL
DAC	0,00	5,50	11,80	25,64
PMU	0,00	3,30	6,50	13,30
PMUC	0,00	3,30	0,00	3,30

Limite DACR: 12,22

0,00 - Valor do Encargo de Seguro de Crédito de 0,00% sobre o valor de 0,00

NÚMERO DE TÍTULOS		
TÍTULOS GERADOS, Nº	LIMITE DE RESGATE (R\$)	
		realizado
220	702	231

.....

CONTA CONTRATO	NÚMERO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0690634025	09/2019	07/10/2019	
838600000001.8.551500410000			155,15

.....

83860000001-8 55150011000-6 69063402310-5 14145658033-0





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE CEP 50050-002
CNPJ 10.838.932/0001-08 / Insc. Est. 0035543-03 / www.celp.com.br

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

RUA FRANCISCO OLAVO 110

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50812-130

074836430	UNICA	26/08/2019
26/08/2019	2000138289	3672821

0078036910	00/00/00
0078036910	00/00/00
0078036910	00/00/00
	100.00

Consumo Água (Wh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Custo Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-COE-UF 087382544 - 25/06/19
Multa por atraso-UF 087382544 - 25/06/19
Juros por atraso-UF 087382544 - 25/06/19
Avaliação IOPM-UF 087382544 - 25/06/19
PRÓ-CRANCA-(381)3412-8180 DÍGITO 021 8886

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
118.000000	0.77548172	92.23
		0.41
		5.44
		4.83
		0.80
		1.82
		0.86
		0.80
		0.93

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDICAMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALJUSTE	COMANDO DA UNID.
301201218	CAT	25-07-2018	18-04-00	26-08-2018	15-138-00	77	1,0000		118,00

ANO	VALOR DO IMPORTE	%	VALOR DO IMPORTE
2010	10.17	25.00	25.34
2011	10.17	25.00	25.34
2012	10.17	25.00	25.34
2013	10.17	25.00	25.34
2014	10.17	25.00	25.34
2015	10.17	25.00	25.34
2016	10.17	25.00	25.34
2017	10.17	25.00	25.34
2018	10.17	25.00	25.34
2019	10.17	25.00	25.34
2020	10.17	25.00	25.34
2021	10.17	25.00	25.34
2022	10.17	25.00	25.34
2023	10.17	25.00	25.34
2024	10.17	25.00	25.34
2025	10.17	25.00	25.34
2026	10.17	25.00	25.34
2027	10.17	25.00	25.34
2028	10.17	25.00	25.34
2029	10.17	25.00	25.34
2030	10.17	25.00	25.34
2031	10.17	25.00	25.34
2032	10.17	25.00	25.34
2033	10.17	25.00	25.34
2034	10.17	25.00	25.34
2035	10.17	25.00	25.34
2036	10.17	25.00	25.34
2037	10.17	25.00	25.34
2038	10.17	25.00	25.34
2039	10.17	25.00	25.34
2040	10.17	25.00	25.34
2041	10.17	25.00	25.34
2042	10.17	25.00	25.34
2043	10.17	25.00	25.34
2044	10.17	25.00	25.34
2045	10.17	25.00	25.34
2046	10.17	25.00	25.34
2047	10.17	25.00	25.34
2048	10.17	25.00	25.34
2049	10.17	25.00	25.34
2050	10.17	25.00	25.34
2051	10.17	25.00	25.34
2052	10.17	25.00	25.34
2053	10.17	25.00	25.34
2054	10.17	25.00	25.34
2055	10.17	25.00	25.34
2056	10.17	25.00	25.34
2057	10.17	25.00	25.34
2058	10.17	25.00	25.34
2059	10.17	25.00	25.34
2060	10.17	25.00	25.34
2061	10.17	25.00	25.34
2062	10.17	25.00	25.34
2063	10.17	25.00	25.34
2064	10.17	25.00	25.34
2065	10.17	25.00	25.34
2066	10.17	25.00	25.34
2067	10.17	25.00	25.34
2068	10.17	25.00	25.34
2069	10.17	25.00	25.34
2070	10.17	25.00	25.34
2071	10.17	25.00	25.34
2072	10.17	25.00	25.34
2073	10.17	25.00	25.34
2074	10.17	25.00	25.34
2075	10.17	25.00	25.34
2076	10.17	25.00	25.34
2077	10.17	25.00	25.34
2078	10.17	25.00	25.34
2079	10.17	25.00	25.34
2080	10.17	25.00	25.34
2081	10.17	25.00	25.34
2082	10.17	25.00	25.34
2083	10.17	25.00	25.34
2084	10.17	25.00	25.34
2085	10.17	25.00	25.34
2086	10.17	25.00	25.34
2087	10.17	25.00	25.34
2088	10.17	25.00	25.34
2089	10.17	25.00	25.34
2090	10.17	25.00	2

845A E50E B223 BE9B BEED CD13 E604 BEB1

[illegible]

ATENÇÃO A GELPÉ SUFRENDO COM VÍCIO FÓRMULAS CONTAS EM NOBILIT

[illegible][illegible]

CONTRATO	VALOR AFORADO	VALOR MENSAIS	TEMPO PROPOSTAL	VALOR ANUAL
ENC	0,00	1,43		
FE	0,00	3,00	12,00	36,00
ENC	0,00	3,11	0,00	0,00
Limita ENC	12,22			

ENC - Valor de Encargo de 10% do Sistema de Contratação - R\$ 25,22

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

CONTA CONTRATO MÊSANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

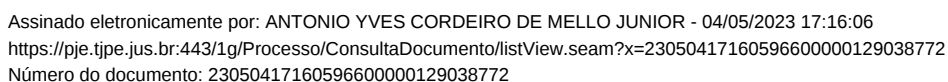
2278076019 08/2019 02/09/2019

838900000021 3.07

108,00

108,0

100-443887-100





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Alves Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Alves Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procurador Renda: Procurador e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Olayo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>TPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56912-130</u>	Tel. (DDD):

Local e Data: Serra Talhada 27.12.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Alves Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Alves Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procurador Renda: Procurador e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Olayo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>TPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56912-130</u>	Tel. (DDD):

Local e Data: Serra Talhada 27.12.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





*Acidente de
moto conferido*

subint
Médico de Emergência R. da S. de Novais Lda
Aguinaldo
CPF 402.384.854-34
Mat. 233.242-6

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/10/19		HORA: 14:40		CARTÃO SUS:	
NOME: José Alves Neto					
DATA NASCIMENTO: 08/05/53	IDADE: 66	SEXO: M	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Aposentado	
MÃE: Antônio Angélica de S.					
PAI: João José de S.					
ENDEREÇO: R. Bedames Torres, nº 384				BAIRRO: Centro	
MUNICÍPIO: Floresta		FONE:		CPF:	RG:
RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA	☒ PARDA	AMARELA	INDÍGENA
P.A: 130x80	PULSO:	HGT:	TEMP:	PESO:	
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX	IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
VÍTIMA DE ACIDENTE:	☒ SIM MOTO	☐ NÃO	ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL		
MORDIDA DE ANIMAIS:	☐ SIM	☒ NÃO	<i>x for Alves</i>		
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: <i>f. Paciente refere acidente de trânsito e apresenta dor e deformidade em região do 1.º Metacarpo Dextro. Exame do 1.º Metacarpo Dextro.</i>					
TRATAMENTO: <i>@ Doripen - 4mg (21h) @ Voltaren - 75mg (21h) * Auscultação do Dr. Carlos Miranda</i>					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <i>T7/8</i>			CARIMBO E ASSINATURA: <i>Dr. Joberval de B. Carvalho Médico CRM-PE: 10.157</i>		
DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA	TRANSFERIDO	EVASÃO	
REMOVIDO PARA HOSPITAL:			HORA:	SENHA:	

14:59





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE ALVES NETO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00168050

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 8 7 0 0 1 9 8 7 6 6 7 9 7

8 - DATA DE NASCIMENTO

08 / 05 / 1953

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - ESTADO CIVIL

PARTO

11 - NOME DA MÃE

ANTONIA ANGELICA DE SA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA TEOFANES TORRES N 184 CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORESTA

17 - COD. INGE. MUNICÍPIO

2605707

18 - UF

P

19 - CEP

5 6 4 0 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura em MTC com, dor, edema e limitação funcional de punho e dedos e mobilidade preservada

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia e exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura ploto lateral

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS RESCUT. JAS.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução ploto lateral

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050554

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/10/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910505 PK-1

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

110 Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.772.214-15 CRM: 003

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Medico Autorizado

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28.10 a 31.10.19





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 28/10/2019		Atendimento: 0025848	Quarto/leito: 306 / 1
Paciente: 00168050 - JOSE ALVES NETO			
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:	
Osteossintese Fêmur Humeral E		0408050551	
Data: 30/10/19	Início:	Término	
Cirurgião: Rudes			
1º Auxiliar: Rudes			
2º Auxiliar:			
Anestesista: Carlos			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:			
Folha pericárdica anexada MI E sucessos face fêmur humeral 13 pontos de sutura e Greenplast para fechamento, placota fixa com fios de sutura, drenagem e osteossintese com placa DCP 4.5 em L 01 p. Caudal 01 p. Sutura 02 p. Esparafusos 02 p. Cortical 4.5, sutura placa, tração, drenagem, curativo			
Assinatura do Cirurgião			

[Assinatura]

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 066.552.003-25





Hospital São Vicente

Data Atend: 28/10/2019	Atendimento: 0025848	Quarto/leito: 306 / 1
Paciente: 00168050 - JOSE ALVES NETO		
Data Nasc: 08/05/1953	Idade: 66 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: APOSENTADO	Naturalidade: SERRA TALHADA	Estado Civil: Casado
Nome Pai: JOAO JOSE DE SA		Nome Mãe: ANTONIA ANGELICA DE SA
Endereço: RUA TEOFANES TORRES, 184		- CENTRO - FLORESTA - PE
Telefones: (87) 3877.1801 / () / (87) 9962.19204		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Agressão ()
Nome Acompanhante: _____		Telefone de Contato: () _____
Endereço Acompanhante: _____		
Local da Ocorrência: _____		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
Lesão perfurante MTE, tórax esquerdo e, lesão supratentorial fratura de MIE		
Diagnóstico Inicial: FRAT. PLATO TIBIAL (E)		
SADT: _____		
Diagnóstico Final: Frat. plato tibia (E)		
Condição de Alta	Motivo de Alta	Data do Internamento: 28, 10, 19
Melhorada (✓)	Descição Médica (✓)	Data da Alta: 31 / 10 / 19
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Local: _____
Piorando ()	Transferência ()	
Óbito + 48h ()	Evasão ()	
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Óbito em _____ / _____ / _____		
Hora: _____		
		Medico Responsavel
		CPM 004.173.204-30 CRM 18838
		Paulo Aurélio Araújo de Araújo



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA
MÉDICO SOLICITANTE
JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

DATA DA SOLICITAÇÃO
22/10/19 13:17

Nº SOLICITAÇÃO
635600

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
JOSE ALVES NETO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO
08/05/1953

Nº DO PRONTOUÁRIO:

SEXO
MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ANTONIA ANGELICA DE S'PA

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
TEOFANES TORRES, 184, CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
FLORESTA

COD. REG. MUNICIPAL:
2605707,00

UF
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

OBSERVAÇÃO:

DATA DE ENTREGA:
27/10/19 16:40

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO

TIPO LEITO:
CIRURGICO

ESPECIALIDADE
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
27/10/19 16:33

MÉDICO AUTORIZADOR:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARIÓTIPO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RG/IDENTIDADE / OUT. PASSADIA / UF
 6870862 SDS PE

CPF
 051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
 19/08/1993

FILIAÇÃO
 ARCENO PEREIRA DA SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
 PERMISSÃO

CC
 CC

CAT. HAB.
 AD

PROBATORIO
 06935894409

VALIDADE
 18/11/2023

EMISSÃO
 05/05/2010

OBSERVAÇÕES
 A

Assinatura do titular

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 18/11/2024

Assinatura do titular

Assinatura do titular

47011846458
 92063050153

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1017067334

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1017067334



DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP:56.903.480





Reembalado



Reacondicionado

Reembalado



Reacondicionado

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

Correios		SEDEX	
PESO (kg)	1,671	AR	MP
Recebedor	Documento		
Assinatura	OD 14004316 5 BR		
FC091737			



10/00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200011431 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES NETO **Data do acidente:** 02/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.3_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200011431 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALVES NETO **Data do acidente:** 02/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.3_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante José Alves Neto
portador(a) do documento de identidade nº 2.034.479 expedido por SDS-PE em
11/12/2007 inscrito no CPF sob o nº 238.733.294-68 residente na
Rua Teófilo Torres nº 184 A
complemento Casa Bairro Centro cidade
Floresta Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802 expedido por SDS-PE em
29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25 residente na
Rua Francisco Olavo nº 110
complemento Casa Bairro IPSEP cidade
Serra Talhada Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Floresta-PE 07 de Novembro 2019

Outorgante

X Jose Alves Neto



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feltosa Simões Ferreira

Rua Alcides Torres de Azeite, 86 - Floresta/PE - CEP: 56400-000 - Fone/Fax: (37) 3577-1526 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE ALVES NETO, dou

fé, Floresta-PE, 21/11/2019.

Em testemunha da verdade. SILMARA DO
NASCIMENTO Escrivente. Emol.: R\$ 3,39 TSNR: R\$
0,80 PERC: R\$ 0,40 FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$
0,08 ISS: R\$ 0,20 TOTAL: R\$ 4,91. Selo:
0076810.ICM11201901.00794. Consulte a
autenticidade em <www.pje.jus.br/selodigital>.



Silmara do Nascimento



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010386/20
Vítima: JOSE ALVES NETO
CPF: 238.733.294-68
CPF de: Próprio
Data do acidente: 02/10/2019
Titular do CPF: JOSE ALVES NETO
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

JOSE ALVES NETO : 238.733.294-68

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: 08/01/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA

