



09/06/2023

Número: **0050575-72.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/05/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE CARLOS DA SILVA (AUTOR)	
	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135330259	09/06/2023 10:45	2884033_CONTESTACAO_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00505757220238172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE CARLOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **06/12/2019**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:45:54
Número do documento: 23060910453567100000132188611
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453567100000132188611>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:35

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irreatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br

da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DO MÉRITO

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DO MÉRITO

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 31 de maio de 2023.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **OAB/PE 30225** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE CARLOS DA SILVA**, em curso perante a **8ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00505757220238172001.

Rio de Janeiro, 31 de maio de 2023.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

123456

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**"(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br





Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br





09/06/2023

Número: **0050575-72.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/05/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE CARLOS DA SILVA (AUTOR)	
	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135330260	09/06/2023 10:45	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Adriane M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Adriane M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante





Prefeitura Municipal de Surubim



Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José carlos da silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO	
RECEBI EM:	____/____/____
_____ Recebedor	
DOC:	_____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156



1. Hora do Chamado: 18/07 h		2. Chegada ao local: 18/07 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19/00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19/50 h	
5. Motivos/Solicitação: AC Motociclista							
7. Tipo de equipamento:		8. Origem do acionamento:		9. Médico regulador: Uricuritiba		10. Rádio Operador: Datan	
11. Paciente: José Carlos da Silva		12. Solicitante: Maria		13. Data de nascimento: 1/1		14. Idade: 33 a	
15. Nome da mãe: Maria Tereza da Silva		16. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino		17. Endereço do paciente: Sítio		18. Endereço: PE-90	
19. Nº		20. Bairro:		21. Município: Surubim		22. Referência: Em frente a entrada do chá da	
23. Local de ocorrência		24. Ocorrência relacionada ao trabalho		25. Tipo de atendimento		26. Tipo de vítima	
1. Via Pública		1. Sim		1. Clínico 2. Causa externa 3. Psiquiátrico 4. Obstétrico 5. Pediátrico 6. Trote		1. Pedestre 2. Condutor 3. Passageiro	
2. Domicílio		2. Não		7. Cancelada/Removido antes		4. Pessoa conduzida em local inadequado	
3. Trabalho				8. Remoção/Senha: Unidade Solicitante:		27. Meio de locomoção da vítima	
						1. Automóvel 2. Moto 3. A pé	
						4. Bicicleta 5. Outro	
						28. Mecanismo do trauma	
						1. Capotamento 2. Ejeção 3. Impacto frontal	
						4. Impacto Lateral 5. Impacto traseiro	
						29. Natureza do acidente	
						1. Colisão/Abaloamento 2. Tombamento ou Capotamento	
						3. Choque com objeto fixo 4. Atropelamento 5. Queda em/da veículo	
						6. Ignorado	
						30. Uso de capacete pela vítima	
						1. Sim 2. Não 3. Ignorado	
						31. Uso de cinto pela vítima	
						1. Sim 2. Não 3. Ignorado	
						32. Hábito alcoólico	
						1. Sim 2. Não	
						33. Intoxicação	
						1. Alcool 2. Drogas ilícitas 3. Exógena	
						4. Animais peçonhentos 5. Outros	
						34. Queda	
						1. Própria altura 2. Outra altura/Aproximadamente: m	
						35. Agressão	
						1. Arma de fogo 2. Arma branca 3. Agressão física	
						4. Suspeita de abuso sexual 5. Outros	
						36. Queimadura	
						1. Fogo 2. Fumaça 3. Choque elétrico	
						4. QBRN-e	
						37. Vias aéreas	
						1. Livre 2. Obstruída	
						38. Respiração	
						1. Normal 2. Traquéia 3. Bradipneia	
						4. Apneia 5. Tórax com deformidades ou lesões	
						39. Circulação/pulso	
						1. Ausente 2. Presente 3. Cheio 4. Fino	
						40. Perfusão periférica	
						1. > 2 Segundos 2. < 2 Segundos	
						41. Saturação O ₂	
						34%	
						42. Coloração da pele	
						1. Normal 2. Pálida 3. Cianose 4. Presença de sangramento	
						43. Escala de GININATI	
						1. Déficit Motor 2. Desvio de comissura labial 3. Dificuldade de fala	
						44. Neurológico	
						1. Normal 2. Sonolência 3. Agitação 4. Coma 5. Convulsão	
						45. Pupilas	
						1. Isotérica 2. Miose 3. Midriase 4. Anisocoria 5. Reagente 6. Não reagente	
						46. Alergia	
						1. Sim 2. Não	
						47. Usa medicamento	
						1. Sim 2. Não	
						48. Alguma patologia	
						1. Sim 2. Não	
						49. Oxigenioterapia	
						1. Sim 2. Não	
						50. Abertura ocular	
						1. Espontânea (4) 2. À voz (3) 3. À dor (2) 4. Nenhuma (1)	
						51. Resposta Verbal	
						1. Orientada (5) 2. Confusa (4) 3. Palavras inapropriadas (3) 4. Palavras incompletas (2) 5. Nenhuma (1)	
						52. Resposta Motora	
						1. Obedece a comandos (6) 2. Localiza dor (5) 3. Movimento de retirada (4) 4. Flexão anormal (3) 5. Extensão anormal (2) 6. Nenhuma (1)	
						53. SSVV	
						HORA PA PC FR TEMP HGT	
						120 x 80 20 35 92	
						54. Conduta:	
						1. Imob. Coluna cervical 2. Utilização de prancha 3. Imob. Membros 4. KED	
						55. História clínica atual, evolução e conduta:	
						Vítima encontrada sentada no solo consciente, orientado, AAA, normotenso, com sentença curta-contusa em face (D), repelido de curativo compressivo + protocolo de forma	
						56. Observações:	
						Correta enc. p/ serviços hospitalares sem intercorrências	
						57. Unidade de destino:	
						UPA	
						58. Médico que recebeu:	
						Dr. Márcio Junior	
						Clínico Geral	
						UPA p/ Sec. de Saúde	
						59. Equipe	
						Médico Assistente: Dr. Márcio Junior	
						Enfermeiro: Eliana	
						Condutor/Piloto: Junior	
						Responsável pelo preenchimento: Eliana	
						Ass.: Ass. Conselho:	
						Solicitou apoio da UTI: Sim Não Obs:	
						Redirecionamento: () Sim () Não Causa:	
						Obs. Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações	
						Destino: UPA	
						60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE:	
						O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.	
						Ass. Testemunha	
						RG Data: / / RG Data: / /	
						61. Múltiplas vítimas () Sim () Não	
						Nº de vítimas:	
						Cenário:	
						62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO:	
						Maca nº Prancha nº Estab. de cabeça KED Colar Tirantes	



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **José Carlos da Silva**, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. **Gentil Augusto de Miranda** em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. **Mário Júnior**. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78



Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Portuário: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pai:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente no local de trabalho - com lesão na mão direita e no pé direito e no joelho direito	TRATAMENTO: - SUTURA na mão 19:20 - Curativos 1º 2º 19:20 - Pipoca 2º 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM-PB 63472 Brunner
---	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:
-------------------------------	-------------------------------	-------------

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____ DATA SAÍDA: HORA SAÍDA: DATA: 24/11/2019 18:25:41	<table><tr><td>☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO</td><td>☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO</td><td>TÉCNICO / COREN</td></tr><tr><td colspan="2">CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA</td><td>MÉDICO / CRM</td></tr><tr><td colspan="2">CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</td><td>TÉCNICO / CONSELHO</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td></tr></table>	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN	CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA		MÉDICO / CRM	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO										HORÁRIO: <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>						
☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO	☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN																								
CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA		MÉDICO / CRM																								
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO																								

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA





Scanned by CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva**
DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em
nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia
24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente
recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso
profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi
encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156

1. Hora do Chamado: 18/07 h		2. Chegada ao local: 18/07 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19/00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19/50 h	
5. Motivos/Solicitação: Acidente de trânsito							
7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☐ 2. USB ☐ 3. Helicóptero ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR				6. Data: 29/07/2019			
8. Origem do acionamento:				9. Médico regulador: <i>Dr. Carlos do Carmo</i>			
11. Paciente: <i>Dr. Carlos do Carmo</i>				10. Rádio Operador: <i>Carlos</i>			
13. Data de nascimento: / /		14. Idade: 33 a		15. Sexo: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		12. Solicitante: <i>Carlos</i>	
16. Nome da mãe: <i>Marina Soares da Silva</i>							
17. Endereço do paciente: <i>Surubim</i>							
18. Endereço: <i>PE-90</i>				19. Nº:		20. Bairro:	
21. Município: <i>Surubim</i>		22. Referência: <i>Em frente a entrada do ibs do 17</i>					
23. Local de ocorrência ☐ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho		24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Cancelada/Removido antes ☐ 8. Remoção/Senha: Unidade Solicitante:			
26. Tipo de vítima ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro			
29. Natureza do acidente ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/d do veículo ☐ 6. Outro ☐ 9. Ignorado		30. Uso de capacete pela vítima ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado					
31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		32. Hábito alcoólico ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		33. Intoxicação ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros			
34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m		35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros					
36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. OBRN-e		37. Vias aéreas ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Respiração ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueia ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões					
38. Coloração da pele ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento ☐ 5. Outro		39. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino		40. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos		41. Saturação O ₂ : 94%	
42. Escala de GININATI ☐ 1. Déficit Motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala		43. Pupilas ☐ 1. Isotônicas ☐ 2. Miase ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente					
44. Alergia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?		45. Usa medicamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?		46. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?		47. Oxigêniooterapia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Tipo?	
ESCALA DE GLASGOW		SCORE 1:		SCORE 2:		53. SSVV	
50. Abertura ocular ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta Verbal ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		HORA: 18:00 PA: 120 x 80 PC: 90 FR: 20 TEMP: 36,5 HGT: 1,7	
54. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED		55. História clínica atual, evolução e conduta: <i>Latência aumentada, sem perda de consciência, orientado, AAA, hemostase adequada, contusão no fêmur (D), refração corretiva com prescrição + protocolo de forma inter-hospitalar</i>					
56. Observações: <i>correta em p. Serviço Hospitalar</i>							
57. Unidade de destino: <i>UPA</i>				58. Médico que recebeu: <i>Dr. Maria Junior</i>			
59. Equipe Médico Assistente: <i>Dr. Rogério Falcão</i> Enfermeiro: <i>Carla Cera</i> Ass: <i>Carla Cera</i> Conselho: <i>Carla Cera</i>				60. Redirecionamento: () Sim () Não Causa: <i>Destino: UPA</i>			
61. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: _____ Data: / / Testemunha: _____ RG: _____ Data: / /							
62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº _____ Prancha nº _____ ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes							
63. Múltiplas vítimas () Sim () Não Nº de vítimas: _____ Cenário: _____							



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019;

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Portuário: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Paí:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente motociclístico colisão moto - carro apresenta lesão grave na região do tórax e membros inferiores.	TRATAMENTO: - Sutura de lesão 19:20 - Curativos 19:20 - Diapirina 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM PI 23472 Bruno
--	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____	☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
	CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA	MÉDICO / CRM
	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO
		HORÁRIO
DATA SAÍDA:		
HORA SAÍDA:		

DATA: 24/11/2019 18:26:41 RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

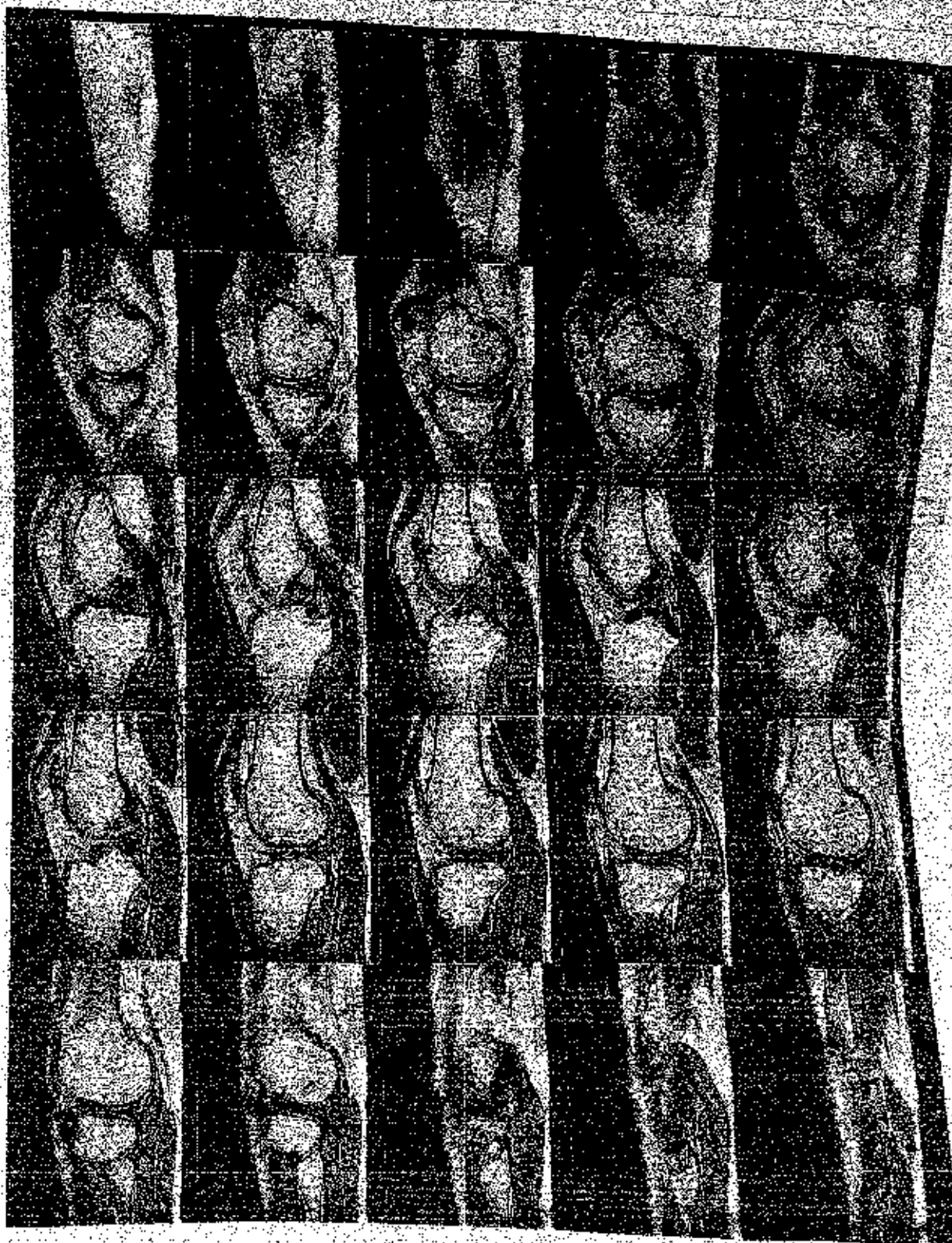
ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

Scanned by CamScanner



CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



BR-308 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP 55819-000 - FONE: (81) 3522-3500 - E-MAIL: dioclecio@clincadioclecio.com.br

Digitalizado com CamScanner



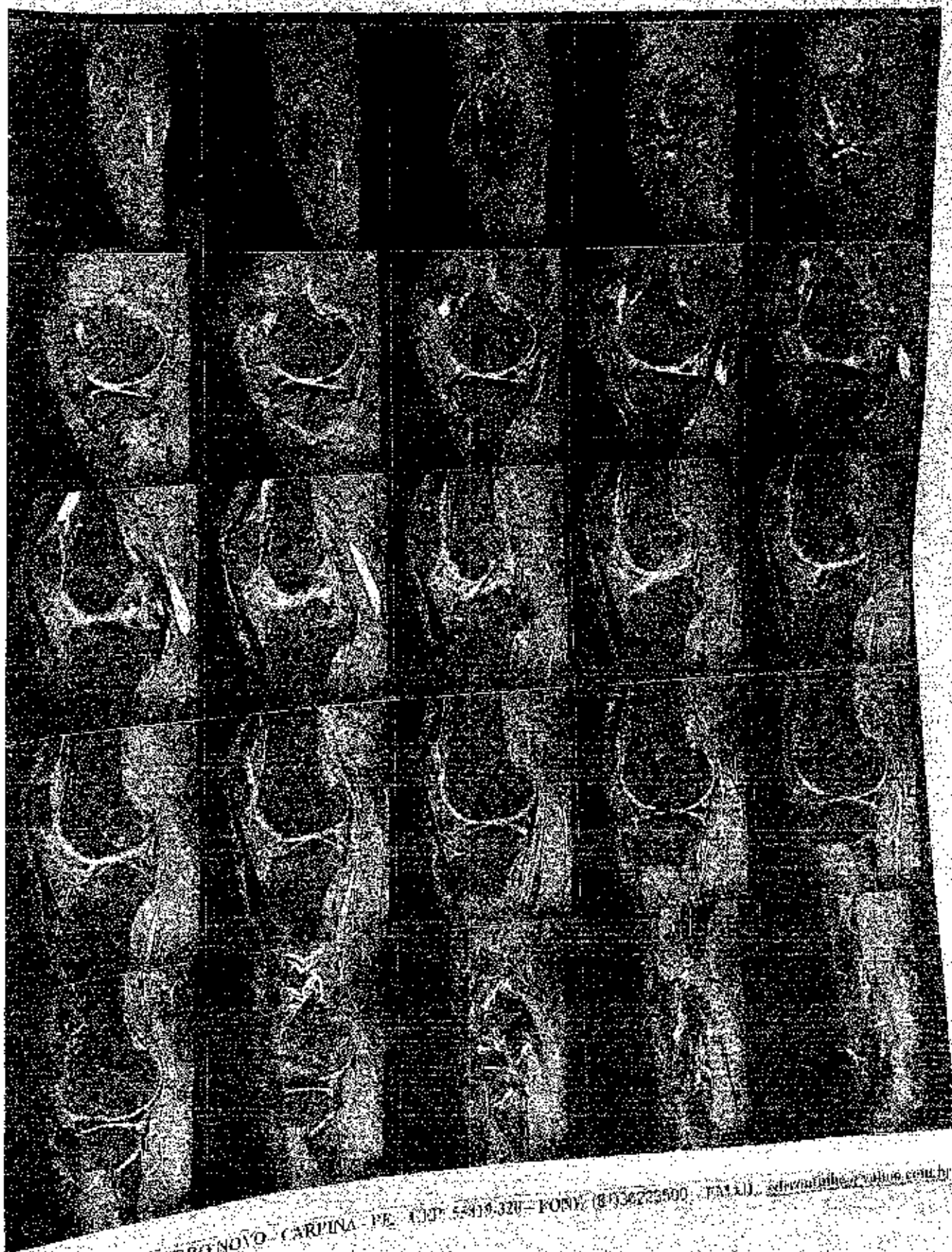
Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



300 - KM 50 - BAIRRO NOVO CARPINA - PE - CEP: 54419-320 - FONE: (81) 34223500 - FAX: (81) 34223500 - www.dioclacio.com.br

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 59 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - FLETS 43819-320 - INDENT (011)362.73500 - KATALL gifs20102x22x100.com

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



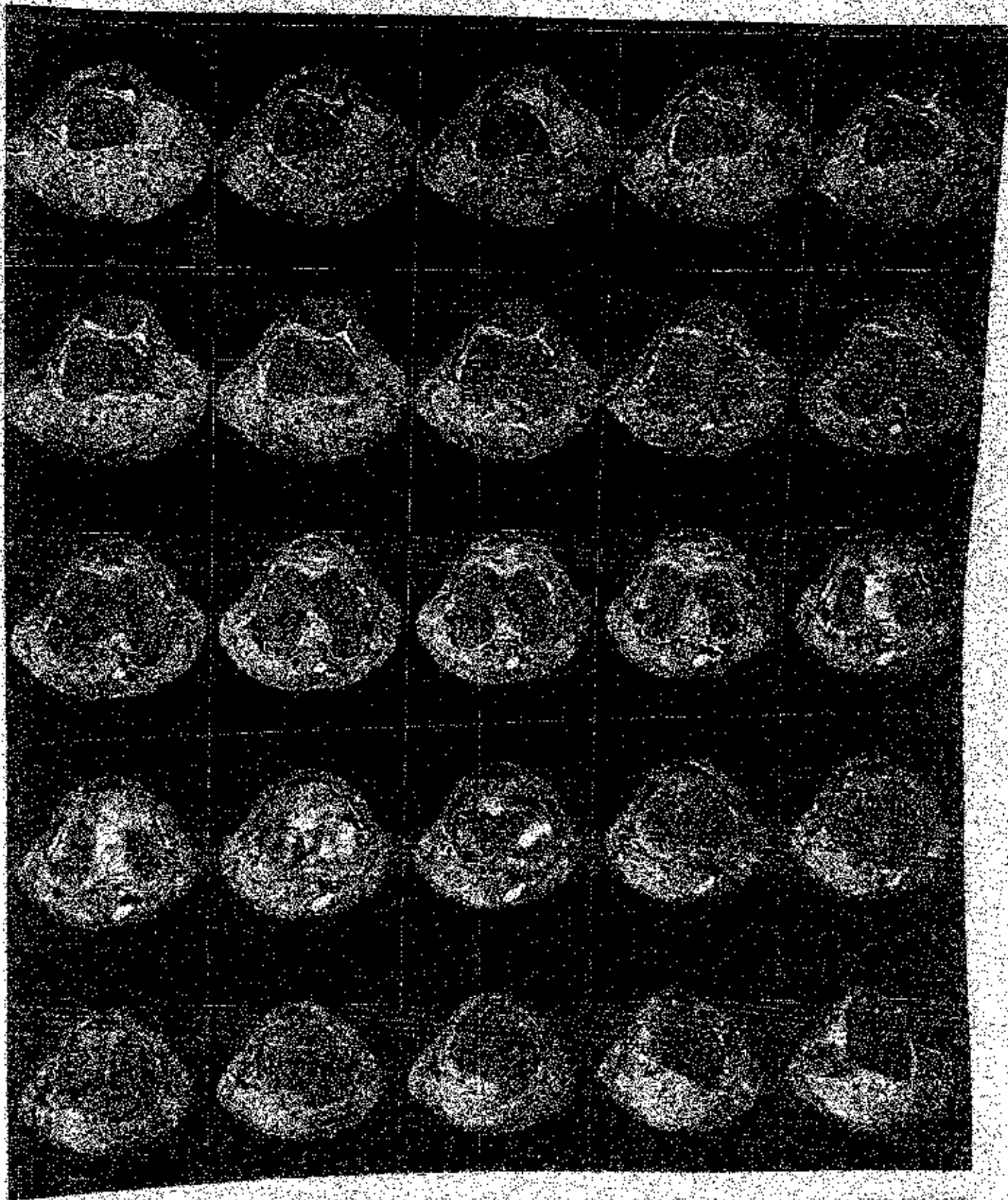
BR-408 - KM 50 - BAURÃO NOVO - CARPINÁ - SP - CEP: 13.540-320 - FONE: (81) 36223500 - FAX: 36223500 - clincacoutinho@vnet.com.br

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLINICA DIOCLECIO COUTINHO



HR-309 - RUA SA LUIZIANO MORAIS - BOITAC - PE - CEP: 54215-310 - FONE: (081) 3421-1800 - E-MAIL: clincadioclecio@net.com.br

75
Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

Prontuário: 01899163

Pedido: 330217

Paciente: JOSE CARLOS DA SILVA

Médico Solicitante: Dr.(a) ANA CAROLINE LOPES

Data do Atendimento: 31/08/2020

Convênio: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Dados clínicos: Investigação de dor após acidente motociclístico há 8 meses.

Técnicas de Exame:

A- Plano sagital, sequência T1

B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura

C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura

Os seguintes aspectos foram observados:

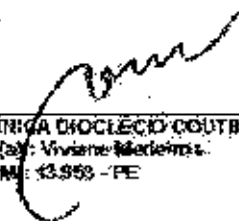
- Redução do espaço fêmoro-tibial medial, associado a afilamento da superfície condral e osteófitos incipientes nas eminências intercondilíneas.
- Traço de hipersinal com orientação vertical no corpo do menisco medial, que atinge as superfícies meniscais, indicando ruptura.
- Discreto hipersinal intra-substancial no corno anterior do menisco lateral, que não ultrapassa as superfícies meniscais nem o bordo livre, indicando alterações degenerativas.
- Indefinição da inserção proximal do ligamento cruzado posterior, associado a hipersinal nas partes moles da fenda articular, sugerindo ruptura ligamentar completa e aguda.
- Também observamos espessamento e hipersinal na inserção proximal do ligamento colateral medial, com preservação da integridade de suas fibras, sugerindo injúria parcial / estiramento.
- O ligamento cruzado anterior, bem como o colateral lateral encontram-se íntegros.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição alta em relação a fossa troclear. Observa-se afilamento, irregularidade de contornos e discreta alteração de sinal na cartilagem que reveste a faceta medial da patela, sugerindo condropatia leve.
- Pequena quantidade de líquido coletado na bursa suprapatear.
- Não há evidência de lesões ósseas agressivas.

SIEMENS
Healthcare

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE
E-mail: cdrcoutinho@yahoo.com.br - CEP 55619-320
www.clinicadiocleociocoutinho.com.br
☎ (31) 3622.3500

- Grupos musculares da face posterior do joelho com trofismo habitual para a faixa etária.

Evidenciamos entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso coleção líquida alongada, com finas septações parciais, apresentando diâmetro oblíquo máximo, medindo 6,2 cm, relacionada a cisto poplíteo.


CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO
Dr. (a): Viviane M. Almeida
CRM: 13.953 - PE

SIEMENS
EQUIPAMENTOS

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE
E-mail: cdrcoutinho@yahoo.com.br - CEP 55819-320
www.clinicadiocleociocoutinho.com.br
☎ (81) 3622.3500





**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156

1. Hora do Chamado: 18/07 h		2. Chegada ao local: 18/07 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19/00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19/50 h	
5. Motivos/Solicitação: Acidente de trânsito							
7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☐ 2. USB ☐ 3. Helicóptero ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR				6. Data: 29/11/2019			
8. Origem do acionamento:				9. Médico regulador: <i>Interno</i>			
11. Paciente: <i>João Carlos da Silva</i>				10. Rádio Operador: <i>Carlos</i>			
13. Data de nascimento: / /		14. Idade: 33 a		15. Sexo: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		12. Solicitante: <i>Manoel</i>	
16. Nome da mãe: <i>Marina Soares da Silva</i>							
17. Endereço do paciente: <i>Servidão da Juba</i>							
18. Endereço: <i>PE-90</i>				19. Nº:		20. Bairro:	
21. Município: <i>Surubim</i>		22. Referência: <i>Em frente a entrada do ibs do 17</i>					
23. Local de ocorrência ☐ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho		24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Cancelada/Removido antes ☐ 8. Remoção/Senha: Unidade Solicitante:			
26. Tipo de vítima ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro			
29. Natureza do acidente ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/d do veículo ☐ 6. Outro ☐ 9. Ignorado		30. Uso de capacete pela vítima ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado					
31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		32. Hábito alcoólico ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		33. Intoxicação ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros			
34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m		35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros					
36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. OBRN-e		37. Vias aéreas ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Respiração ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueíteia ☐ 3. Bradpneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões					
38. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino		39. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos		40. Saturação O ₂ : 94%			
41. Escala de GININATI ☐ 1. Déficit Motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala		42. Coloração da pele ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento ☐ 5. Outro					
43. Neurológico ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		44. Pupilas ☐ 1. Isotônicas ☐ 2. Miase ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente					
45. Alergia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		46. Usa medicamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		47. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		48. Oxigêniooterapia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não	
49. Escala de GLASGOW		SCORE 1:		SCORE 2:		53. SSVV	
50. Abertura ocular ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta Verbal ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		54. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED	
55. História clínica atual, evolução e conduta: <i>Latência aumentada, sem perda de consciência, orientado, AAA, hemostase adequada, contusão no fêmur (D), refração corretiva com prescrição + protocolo de forma interdisciplinar</i>							
56. Observações: <i>correta em p. Serviço Hospitalar</i>							
57. Unidade de destino: <i>UPA</i>				58. Médico que recebeu: <i>Dr. Manoel Junior</i>			
59. Equipe Médica Assistente: <i>Flávia Regina Falcão</i>				Enfermeiro: <i>Cláudio Geral</i>			
Condutor/Piloto: <i>Manoel</i>				Responsável pelo preenchimento: <i>Manoel</i>			
Solicitou apoio da UTI: ☒ Sim ☐ Não				Obs.: <i>Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações</i>			
Redirecionamento: ☐ Sim ☒ Não				Destino: <i>UPA</i>			
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: _____ Data: / / Testemunha: _____ RG: _____ Data: / /							
61. Múltiplas vítimas () Sim () Não Nº de vítimas: _____ Cenário: _____							
62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº _____ Prancha nº _____ ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes							



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019;

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Portuário: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pal:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente motociclístico colisão moto - carro apresenta lesão extensa na região do peito e membros inferiores	TRATAMENTO: - sutura na lesão 19:20 - Curativos 1º 2º 3º 19:20 - D.P. 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM PI 23472 Bruno
---	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
	CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA	MÉDICO / CRM
	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO
		HORÁRIO
DATA SAÍDA:		
HORA SAÍDA:		

DATA: 24/11/2019 18:26:41 RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

Scanned by CamScanner







ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22



ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22

ASL-0076367/20
marta.santos
25/03/2020 16:52:22



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA NOGUEIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIFICATÓRIO PERNAMBUCO - UF
4810389 SSP PE

CPF 945.234.466-04 DATA NASCIM. 26/07/1974

PLACAO JOSE GOMES DE NOUGA

LEONARTE FERRIRA DE NOUGA

PERMISSÃO ☒ RACIA ☒ SEX FEM

Nº REGISTRO 03378605879 DATA 08/04/2022 1ª HABILITAÇÃO 17/06/2002

ASSINATURAS

Adriana M. Nogueira de A. Fernandes

LOCAL BONFIM - PE DATA EMISSÃO 10/04/2017

Roberto Antônio Sousa Oliveira
Delegado de Polícia

33846755055
03378605879

PERNAMBUCO

1421884961

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA NOGUEIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIFICAÇÃO: 4810389 SSP PE

CPF: 945.234.466-04 DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

PLACAO: JOSE GOMES DE NOUGA

LEONARTE FERRIRA DE NOUGA

PERMISSÃO: ☒ RACIA: ☒ SEX: ☒ M

Nº REGISTRO: 03378605879 DATA: 08/04/2022 1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

ASSINATURAS

Adriana Maria Nogueira de Albuquerque Fernandes

LOCAL: BONFIM - PE DATA EMISSÃO: 10/04/2017

[Assinatura]

33846755055
05378645275

PERNAMBUCO

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01





...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações



...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações



...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

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: 3200399424

Nome do(a) Examinado(a): JOSE CARLOS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): VI DOS LUIZ, 160, , Surubim/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 6984714

Data e local do acidente: 24/11/2019 - Surubim/PE

Data e local do exame: 19/11/2020 - Caruaru/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27885 , longitude: -35.96984

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar

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

tratamento conservador

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

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

Sim

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

Sim

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

Dano do joelho direito

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).



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

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

Joelho Direito - Médio - 50%

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

Andressa R. Malveira
Andressa R. Malveira
CRM-149253



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 02/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 25/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200131072

Data da solicitação: 04/11/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF do beneficiário: 017.969.664

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 52

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 997001998

DDD

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe quais documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo de IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: DOC MED. COMPLEMENTAR + DOC IMAGEM

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SURUBIM, 04/11/2020

Local e Data

José Carlos da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

1) Não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário a seu pedido (a rogo).



Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Data da solicitação: 14/12/2020
 DD/MM/AA
 CPF do beneficiário: 017.969.664
 CPF do solicitante: 52

DADOS PARA CONTATO

Tel. Residencial: () 880

Exemplar: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

■ NĂO

☐ SIM, informe qual(is) documento(s) está(ão) sendo entregue(s):

Novos documentos médicos

 Lundia de IMA

Boletim de Ocorrência

 Notas fiscais complementares

Clutras:

(055575428)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja homologado o meu processo pelo
acordo de encontro com algumas granelas e por
liberados um valor muito inferior ao que tenho
direito, me encontro com limitações em meu
fólio.

Grubis, 14/12/2020

Local's Only

Assinatura do solicitante ou de quem assina

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Deve-se preencher todos os dados, imprimir e fornecer, assim, a entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação: sobre beneficiários/vítimas não alfabetizados.

O não atendimento deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a ver o qtu)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico:

Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico:

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos:

Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes:

Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas:

Com sequela

Data do exame físico:

19/11/2020

Conduta mantida:

Observações:

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

DANOS

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico:

Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico:

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofas no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos:

Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes:

Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas:

Com sequela

Data do exame físico:

19/11/2020

Conduta mantida:

Observações:

O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do joelho direito, 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

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: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número:

3200399424

Cidade:

Surubim

Natureza:

Invalidez Permanente

Vítima:

JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente:

24/11/2019

Seguradora:

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos
complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.



2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM PE
 Titular: CHLOEIA MARIA SILVA DE LIMA
 Telefone: (81) 3341-413
 Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(n) de: JOSE CARLOS DA SILVA, Oport. Surubim, 10/12/2019. Em Testemunho da Verdade. Elizabeth Lima de Andrade, Cédula Substituta, VALÍDAS COM SELO DE AUTENTICIDADE. Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro, Surubim - PE.
 Selo: 0073214.CIF11201901.02130 10/12/2019 09:36:02
 Consulte autenticidade em www.tjpe.com.br/autenticidade

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO. ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERÁ ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

2º TABELIONATO DE NOTAS DO SURUBIM-PE

Titular: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Telefone: (81) 3424-413

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma (n) de: JOSE CARLOS DA SILVA, OUP, 24/11/2019, em Testemunho da variedade. Elizabete Lira de Andrade, Caderno Substituta, VALIDADO COM SELLO DE AUTENTICIDADE, Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro, Surubim-PE.

Sello: 0073214.01711201901.02130 10/12/2019 09:36:02

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019



Jose Carlos da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20

Número do Sinistro: 3200399424

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 14/12/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 06/11/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 06/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 25/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36



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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200095738 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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 15569180

Pag. 01793/01794 - 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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200095738 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

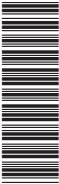
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00453/00454 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15589711





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, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200131072 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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 15670390



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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200131072 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição UPA 24 DR.GENTIL AUGUSTO MIRANDA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00643/00644 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15688475





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, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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. 01143/01144 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16319426





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, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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 CARLOS DA SILVA
Valor: R\$ 1.687,50
Banco: 001
Agência: 000000582-7
Conta: 0000031948-1
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.

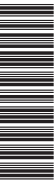
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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. 01537/01538 - carta_15R - 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, 19 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

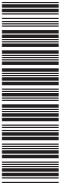
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/01/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01325/01326 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 16501042



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (fontes para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31948 1
(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 do 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 (ho Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31948 1
(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 do 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 (ho Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002901**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ CIPRIANO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORO, ZONA RURAL DESTES MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGECIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

JRS
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat.: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE CARLOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Pai: JOSE CIPRIANO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORÓ, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

José Roberto da Silva
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE CARLOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Pai: JOSE CIPRIANO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORÓ, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

José Roberto da Silva
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat: 119.534-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (fontes para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

017.969.664-52

4 - Nome completo da vítima:

JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo:

JOSE CARLOS DA SILVA

6 - CPF:

017.969.664-52

7 - Profissão:

REC. INF

8 - Endereço:

VI DOS LUIZ

9 - Número:

160

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CHANCHO DO GALO

12 - Cidade:

SURUBIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

82-99700-1998

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0582

7

CONTA:

31.948

1

(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.

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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:

SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 26/11/2020
NUMERO DO DOCUMENTO: 320039942401
VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 00582
CONTA: 000000031948

Número da Autenticação
291CD56EDFEFC79A





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Comparto Energética de Permianium
Av. João Sá Barros, 111, Rua Vista, Hiedra - PE, CEP 00000-002
CNPJ 10.808.012/0001-09 | Insc. Est. 0000845-01 | www.iulpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RUEFF, CARLOS EDUARDO DA SILVA

8500 CAGLE RD. #A CHESAPE, VA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VIA DOBULEZ 160

© 2005 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 258: 105–112

DATE HI 02/04/2008 09:00:00
SUB: RUMPE
4875-1-000

CLASSIFICAÇÃO
BOMBA D'ÁGUA COM MS

BAZILIA MEMBRANA COM NPS

[illegible]

7002744141	11/2019
03/12/2019	27/12/2019
	105,52

REGIÃO DA BOTA NEGA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo água até 30 m³/mês	30,00000000	0,36347242	1,09
Consumo Água superior a 30 até 100 m³/mês	70,30000000	0,44686224	31,49
Consumo Água superior a 100 até 220 m³/mês	57,00000000	0,57492811	32,67
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,38
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,31
Contrib. Sane. Pública Municipal			23,33

TOTAL DIAPYCNES

THESE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000	C.T.		0 170 00	20/01/2019	0 000 00	31	1 000 00		170 00

[illegible]

INFORMATION REPORTAGE

Copyright © 2012 John Wiley & Sons, Ltd. *J. Clin. Neurophysiol.* 33: 1–12, 2012. DOI: 10.1002/cln.220001

[illegible]



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-002
CNPJ 10.820.562/0001-09 | Ins. Est. 0005943-82 | www.cepel.com.br

DADOS DO CLIENTE

INTEGRITÀ DA LINEARE CONSUMO

ALVARO MARIA MORA DE A. FERNANDES

PLA-2000 BA-15TA-370

CPF 945.234 844-04

CENTRE FOR POLICY RESEARCH

CLASSIFICATION

EXCLUSIONS

RESEARCH

YOUNG MEN'S CHRISTIAN ASSOCIATION

Downloaded from <http://ajphaphysiol.physiology.org/> at UNIV OF CALIF SAN DIEGO on May 12, 2015

STUDY AREA: 1998-1999

705/44666

DOI 10.1002/for

2002

APR 20 1992	W 10 30 AM	CH 1000
-------------	------------	---------

14/03/2020

[illegible]

1000

83.80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-Rec(VAL) TUSD	00,0000000	0,4358182	43,58
Consumo-Rec(VAL) TE	00,0000000	0,3587500	35,87
Adic(cons) Bandeira AAA/RELA			30,51
Contrib. Sim. Pública Municipal			1,00
ICMS Subversão-CDE-AF (17578997-0711019)			3,40
			0,70
TOTAL DO FATOR 1			

TOTAL DA FATURA

1360

DEMONSTRATED BY CONTINUING TESTS WITH KNOCK

Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SINOS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
828194	1.02	06/11/2018	26.452,34	07/04/2019	26.504,00	28	1,23822		90,12

INTRODUCTION AND SCOPE

Keywords: *workplace spirituality, organizational culture, organizational commitment, organizational trust, organizational identification, organizational citizenship behaviors*

PERÍODO		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DE DESPESAS	PRE	POST
JAN/20	99				Energia de Transmissão	R\$ 26,62	22,67%
FEV/20	114				Transmissão	R\$ 2,08	2,68%
MAR/20	103				Distribuição (Cabo)	R\$ 17,27	16,82%
ABR/20	108	79,91	0,36	0,71	Perda de Energia	R\$ 6,67	6,97%
MAY/20	108	79,91	0,36	0,72	Energia Semelhante	R\$ 4,08	5,72%
JUN/20	91				Distribuição	R\$ 23,31	26,22%
JUL/20	112				Outro	R\$ 79,63	

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

4403 B/E3 AHS 2075 SEC 1 2008 0000 0000

INFOADOC2 REPORTS(1)

[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE BY DATE 07-16-2019 AUTHORITY 50 USC 3024

ANEXO II - PRECATORIO DAS PRECATORIAIS						FOLHA DE TABELA		
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	VALOR ANUALIZADO	LIMITE ANUALIZADO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TAXA DE JUROS (%)	LIMITE DE RESCISÃO (%)	
							INICIAL	FINAL
001	3.0.0.0	70.000,00	70.000,00	17.500,00	35.000,00	220	202	221
002		3.000,00	3.000,00	750,00	1.500,00			
003		3.000,00	3.000,00	750,00	1.500,00			

	0.00	0.20	0.40	0.60	0.80	1.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.80	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO VYVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 00000-000
CNPJ 10.889.473/0001-08 | Insc. Est. 0006943-07 | www.celpa.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. DOBILIZ 460

SAATCHI & SAATCHI
GURUM PE
8570-000

CLASSIFICATION
OF THE COURSE
DURING THE COURSE

7002744141	11/2019
03/12/2019	27/12/2019
105,52	

Account Number	State	Expiration
366534788	CA	2011/10/10
Account Number	State	Expiration
2011/10/10	2010514040	2010/10/10

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água até 30 L/min	30,00000000	0,36347243	10,90
Consumo Água superior a 30 até 100 L/min	70,00000000	0,44886214	31,42
Consumo Água superior a 100 até 220 L/min	59,00000000	0,517432611	30,47
Acabamento Banheira ZAMBELEA			0,38
Acabamento Banheira VITRIMEX			0,51
Contê. Ban. Pública Municipal			22,30

TOTAL DAFATLES

104445

FARMACIA CENTRAL-SCURUS
CLAUDINE FAUSTINO F
AV NOGUEIRA LUIZ FERREIRA LIMA 144
CENTRO SORUBIM PE

4/18/19 10:12 AM 10001154730000

Correspondente do **ILANÇO BRASILEIRO** S.A.

COMPONENTE DE PISARENTU

DATA: 05/12/2019 HORARIO DE ENTREGA: 14:20

COPIED TO: BAWHAC:
H010000001-3 45524011007-3
00274414110-5 14294624013-0
FPPRESA: C31PE-PE

Via del Pagliarone 106/52

AL. NANCELO: 0835 - SIAUBIN
PACO: 102 - FARMACIA CENTRAL
NSU-DU-SHIPP: 0095 - AUTENTICACAO-825-30

DAVIDORIA HANDELS: 0000 727 9511

VIA DO CLIENTE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO ESTA BOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUNTE	CONSUMO (M³)
		DATA	DATA				
		LEITURA	LEITURA				

[illegible]

Nome	Indirizzo	Telefono
...	...	...
...	...	...
...	...	...

Copyright © 2006 John Wiley & Sons, Ltd.

INFORMATION IMPORTANTS

[illegible][illegible]



NOTA FISCAL - FATSUA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50065-802
CNPJ 16.835.332/0001-09 | Insc. Est. 063943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE FATURAMENTO

001200001 UNICA 07/01/2020

07/01/2020 201110000 3753000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RLA JOAO BATISTA 270

CENTRO SURIUBIM

55750-000

7006749888	01/2020
14/01/2020	04/02/2020
63,80	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Res-q(WA) TUSO	00,000000	0,420000	42,00
Consumo Res-q(WA) TE	00,000000	0,350000	35,00
Acrescimo Bateria AMARELA			3,88
Contrib. Sun. Pública Municipal			3,46
ICMS Substituição COE ANEXO 17/2015-07/2018			0,79

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

63,80

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Fatura	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
007014	127	16/12/2019	26 407 27		07/01/2020	26 594 06	26	102000	94,20

DESCRIÇÃO DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Medidor	Valor	ICMS	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Composição do Consumo	Valor	%
007014	94,20	19,84	15,86	16,83	19,84	Consumo de Energia	89	94,58%
007014	119	23,80	19,86	16,83	23,80	Transmissão	89	94,58%
007014	140	28,00	19,86	16,83	28,00	Distribuição (Custo)	89	94,58%
007014	160	32,00	19,86	16,83	32,00	Perdas de Energia	89	94,58%
007014	181	36,18	19,86	16,83	36,18	Energia Solarizada	89	94,58%
007014	202	40,40	19,86	16,83	40,40	Tributos	89	94,58%
007014	223	44,66	19,86	16,83	44,66	Total	89	94,58%

Consumo Res-q(WA) TUSO	0,420000
Consumo Res-q(WA) TE	0,350000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague a fatura antes do prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O não pagamento da fatura no prazo de vencimento acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE ou o aplicativo CELPE. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura no prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM 10 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana M^{te} M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





09/06/2023

Número: **0050575-72.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/05/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE CARLOS DA SILVA (AUTOR)	
	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135330260	09/06/2023 10:45	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Adriane M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM, 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Adriane M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante





Prefeitura Municipal de Surubim



Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José carlos da silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO	
RECEBI EM:	____/____/____
	_____ Recebedor
DOC:	_____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156



1. Hora do Chamado: 18:07 h		2. Chegada ao local: 18:10 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19:00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19:50 h	
5. Motivos/Solicitação: Acidente de trânsito							
7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Helicóptero ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR		6. Data: 29/11/2019					
8. Origem do acionamento:		9. Médico regulador: Unidade		10. Rádio Operador: Estor			
11. Paciente: José Carlos da Silva		12. Solicitante: Mãe					
13. Data de nascimento: 1/1		14. Idade: 33 a		15. Sexo: ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino			
16. Nome da mãe: Maria Tereza da Silva							
17. Endereço do paciente: Sítio							
18. Endereço: PE-90		19. Nº:		20. Bairro:			
21. Município: Surubim		22. Referência: Em frente a entrada do chá da					
23. Local de ocorrência ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho		24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Cancelada/Removido antes ☐ 8. Remoção/Senha: ☐ 9. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro			
26. Tipo de vítima ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro			
29. Natureza do acidente ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/da veículo ☐ 6. Queda ☐ 7. Queda de altura ☐ 8. Queda de objeto ☐ 9. Ignorado							
30. Uso de capacete pela vítima ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		32. Hábito alcoólico ☐ 1. Sim ☐ 2. Não			
33. Intoxicação ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros							
34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: 2 m							
35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros							
36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. OBRN-e							
37. Vias aéreas ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída		38. Respiração ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueíte ☐ 3. Bradpneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		39. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino		40. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos	
41. Saturação O ₂ : 94%							
42. Coloração da pele ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálida ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento ☐ 5. Outro		43. Escala de GCS ☐ 1. Déficit Motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala					
44. Neurológico ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		45. Pupilas ☐ 1. Isotrópicas ☐ 2. Miose ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☒ 6. Não reagente					
46. Alergia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		47. Usa medicamento ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		48. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		49. Oxigenioterapia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não	
50. Abertura ocular ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta Verbal ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		53. SSVV	
54. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED		55. História clínica atual, evolução e conduta: Vitória encontrada sem lesões, AA não responde a dor, curativo compressivo + protocolo de forma		56. Observações: correta em p. serviço hospitalar sem intercorrências		57. Unidade de destino: UPA	
58. Médico que recebeu: Dr. Márcio		59. Equipe					
Médico Assistente: Dr. Márcio		Enfermeiro: Cláudio Geral					
Condutor/Piloto: Junior		Responsável pelo preenchimento: Cláudio					
Solicitou apoio da UTI: ☒ Sim ☐ Não		Obs.: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações					
Redirecionamento: ☐ Sim ☒ Não		Destino: UPA					
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: _____ Data: ____/____/____ Testemunha: _____ RG: _____ Data: ____/____/____							
61. Múltiplas vítimas () Sim () Não Nº de vítimas: _____ Cenário: _____							
62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº _____ Prancha nº _____ ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes							



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **José Carlos da Silva**, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. **Gentil Augusto de Miranda** em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. **Mário Júnior**. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78



Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Portuário: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pai:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente no trabalho colisão moto - carro presente lesão extensa na região direita e esquerda	TRATAMENTO: - sutura de lesão 19:20 - Curativos 1º 2º 19:20 - Pipoca 2º 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM-PB 93472 Brunner
--	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____ DATA SAÍDA: HORA SAÍDA: DATA: 24/11/2019 18:25:41	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ RETIRADA DE PONTO ☐ ESP CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA CÓDIGO DO PROCEDIMENTO TÉCNICO / CONSELHO HORÁRIO	TÉCNICO / COREN MÉDICO / CRM HORÁRIO:
--	--	--

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA





Scanned by CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36



Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva** DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia 24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO	
RECEBI EM: _____	
_____	Recebedor
DOC: _____	

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156



1. Hora do Chamado: 18:07 h		2. Chegada ao local: 18:10 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19:00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19:50 h	
5. Motivos/Solicitação: Acidente de trânsito							
7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☐ 2. USB ☐ 3. Helicóptero ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR				6. Data: 29/11/2019			
8. Origem do acionamento:				9. Médico regulador: <i>Interno</i>			
11. Paciente: <i>João Carlos da Silva</i>				10. Rádio Operador: <i>Carlos</i>			
13. Data de nascimento: 1/1		14. Idade: 33 a		15. Sexo: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		12. Solicitante: <i>Manoel</i>	
16. Nome da mãe: <i>Marina Soares da Silva</i>							
17. Endereço do paciente: <i>Servidão da Juba</i>							
18. Endereço: <i>PE-90</i>				19. Nº:		20. Bairro:	
21. Município: <i>Surubim</i>		22. Referência: <i>Em frente a entrada do ibs do 17</i>					
23. Local de ocorrência ☐ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho		24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Cancelada/Removido antes ☐ 8. Remoção/Senha: Unidade Solicitante:			
26. Tipo de vítima ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro			
29. Natureza do acidente ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/d do veículo ☐ 6. Outro ☐ 9. Ignorado		30. Uso de capacete pela vítima ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado					
31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		32. Hábito alcoólico ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		33. Intoxicação ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros			
34. Queda ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m		35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros					
36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. OBRN-e		37. Vias aéreas ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída ☐ 3. Respiração ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueíte ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões					
38. Coloração da pele ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento ☐ 5. Outro		39. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino		40. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos		41. Saturação O ₂ : 94%	
42. Escala de GININATI ☐ 1. Déficit Motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala		43. Pupilas ☐ 1. Isocóricas ☐ 2. Miose ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocóricas ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente					
44. Alergia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?		45. Usa medicamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?		46. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Qual?		47. Oxigêniooterapia ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Tipo?	
ESCALA DE GLASGOW		SCORE 1:		SCORE 2:		53. SSVV	
50. Abertura ocular ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta Verbal ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		HORA: 18:07 PA: 100 x 80 PC: 23 FR: 20 TEMP: 35,7 HGT: 97	
54. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED		55. História clínica atual, evolução e conduta: <i>Latência aumentada, sem perda de consciência, orientado, AAA, hemostase adequada, contusão no fêmur (D), refração corretiva com prescrição + protocolo de forma interdisciplinar</i>					
56. Observações: <i>correta em p. Serviço Hospitalar</i>							
57. Unidade de destino: <i>UPA</i>				58. Médico que recebeu: <i>Dr. Manoel Junior</i>			
59. Equipe Médico Assistente: <i>Flávia Regina Falcão</i> Enfermeiro: <i>Cláudio Cera</i> Ass: <i>Marcelo</i> Conselho: <i>Ass</i>				Solicitou apoio da UTI: ☒ Sim ☐ Não Obs.: <i>Destino: UPA</i>			
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: _____ Testemunha: _____ RG: _____ Data: ____/____/____ RG: _____ Data: ____/____/____							
61. Múltiplas vítimas () Sim () Não Nº de vítimas: _____ Cenário: _____							
62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº _____ Prancha nº _____ ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes							



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019;

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Portuário: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
Ind.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pai:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente motociclístico colisão moto - carro apresenta lesão grave na cabeça e membros inferiores.	TRATAMENTO: - sutura na cabeça 19:20 - curativos 19:20 - D.P. 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM PI 23472 Bruno
---	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVEDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA CÓDIGO DO PROCEDIMENTO TÉCNICO / CONSELHO HORÁRIO	TÉCNICO / COREN MÉDICO / CRM HORÁRIO:
---	---	--

DATA: 24/11/2019 18:26:41	RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA
----------------------------------	--



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

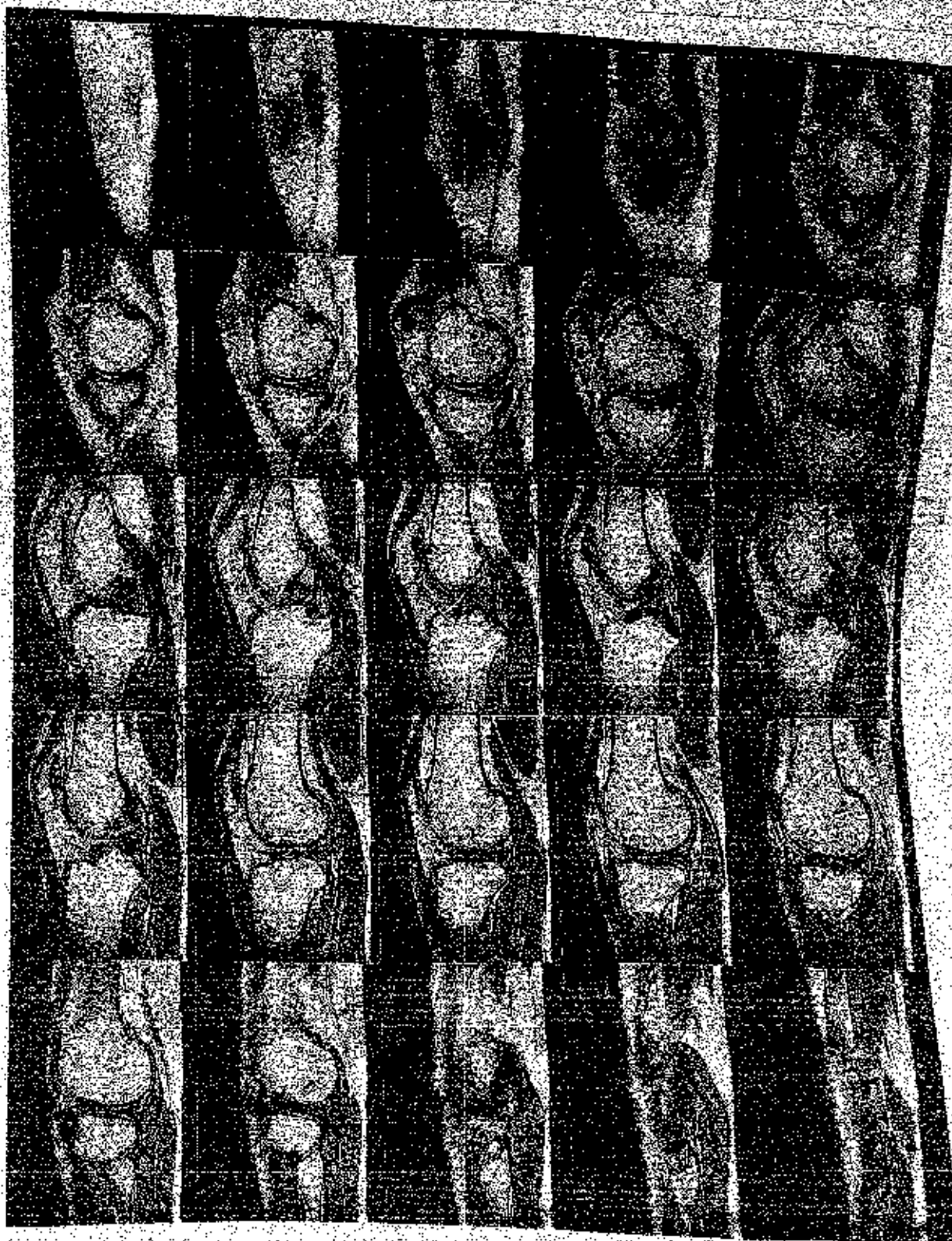
ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

Scanned by CamScanner



CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



BR-308 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81) 3522-3500 - E-MAIL: dioclecio@clincadioclecio.com.br

Digitalizado com CamScanner



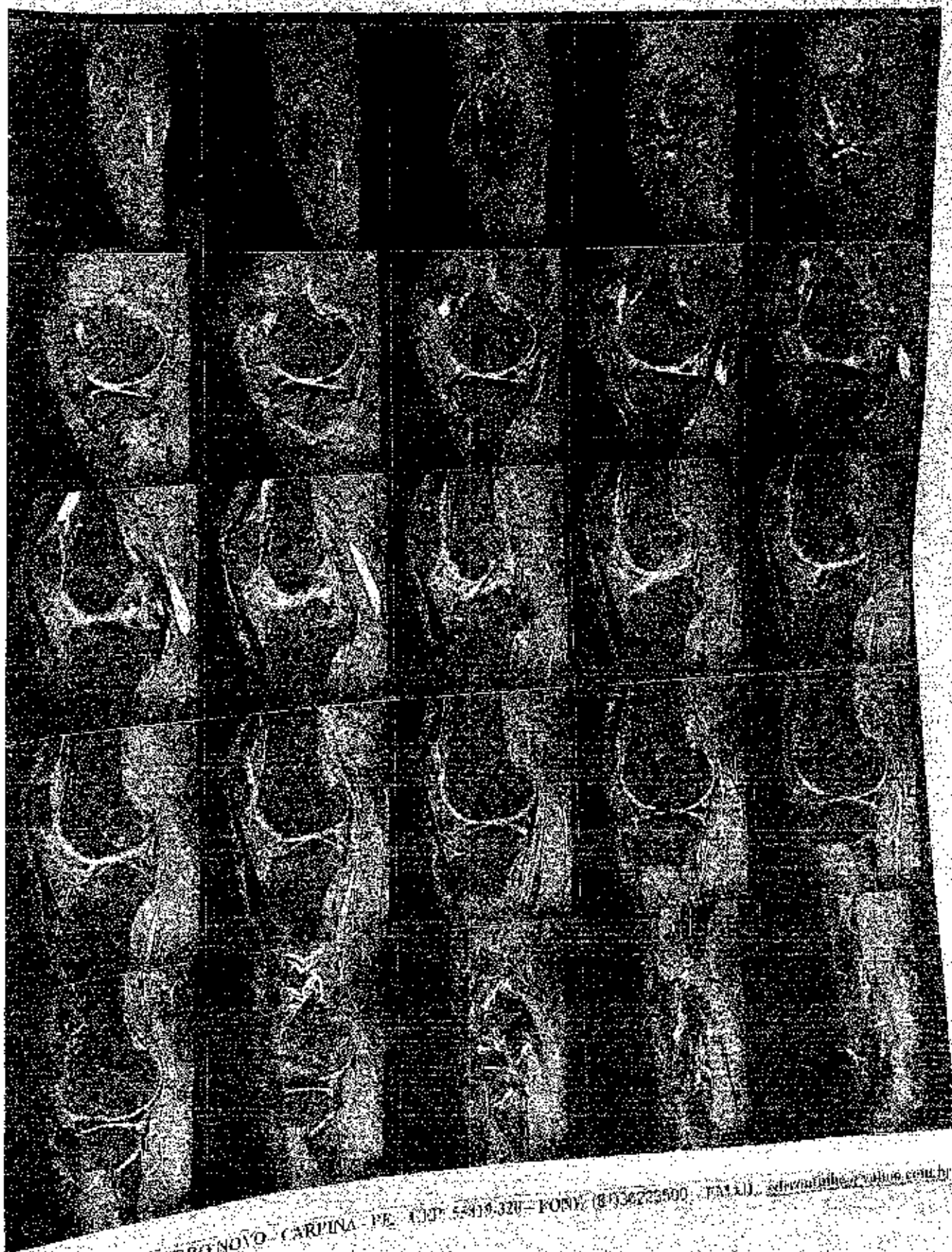
Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



300 - KM 50 - BAIRRO NOVO CARPINA - PE - CEP: 54419-320 - FONE: (81) 34223500 - FAX: (81) 34223500 - www.dioclacio.com.br

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 59 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - FLEP 48819-320 - INDENT (011)362.73500 - KATALL gifs20102x22x100.com

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



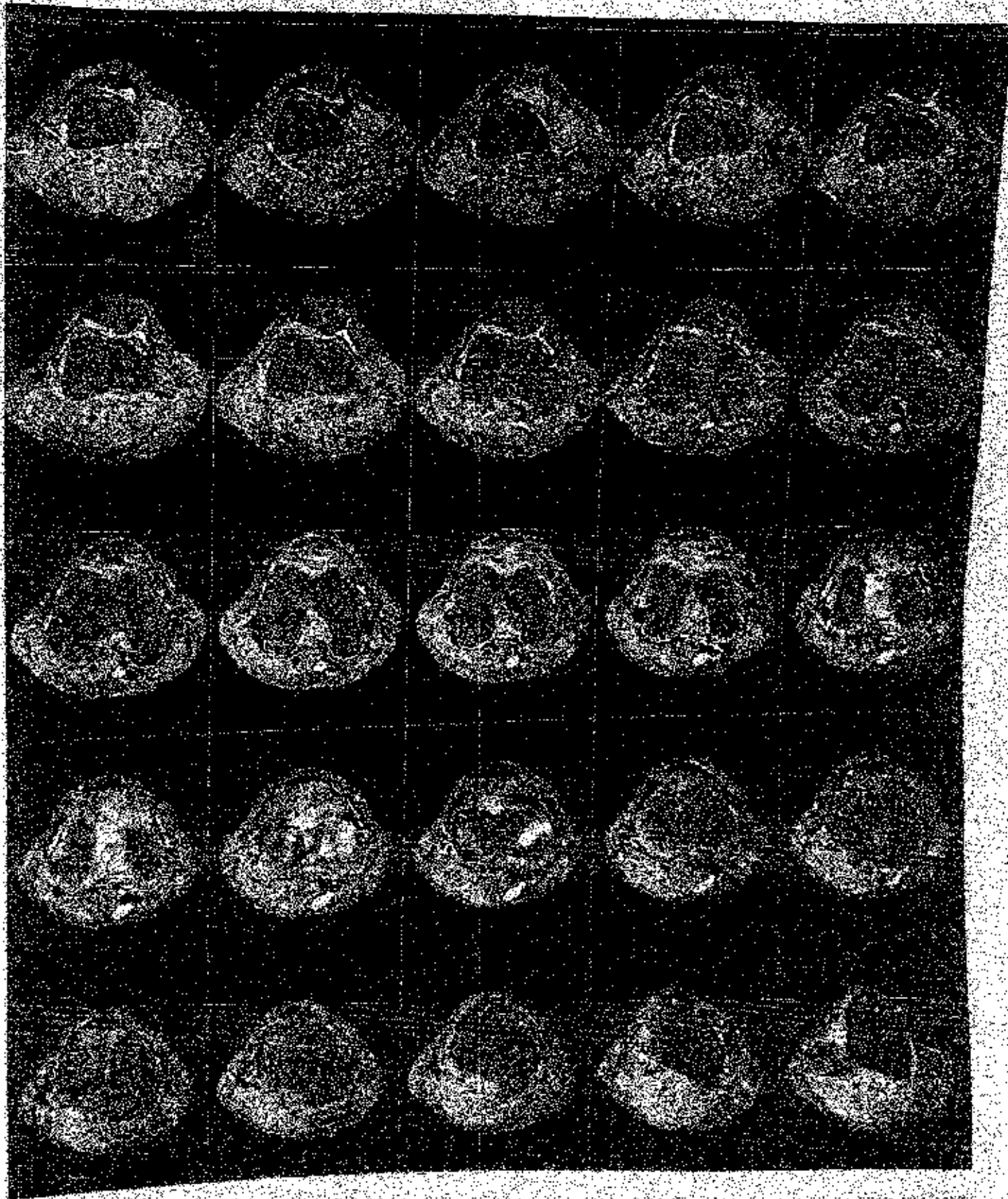
BR-408 - KM 50 - BAURÃO NOVO - CARPINÁ - SP - CEP: 13.540-320 - FONE: (81) 36223500 - FAX: (81) 36223500 - clincacoutinho@vnet.com.br

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

CLINICA DIOCLECIO COUTINHO



HR-309 - RUA SA LUIZIANO MORAIS - BOITAC - PE - CEP: 54215-310 - FONE: (081) 3421-1800 - E-MAIL: clincadioclecio@net.com.br

7
Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

Prontuário: 01899163

Pedido: 330217

Paciente: JOSE CARLOS DA SILVA

Médico Solicitante: Dr.(a) ANA CAROLINE LOPES

Data do Atendimento: 31/08/2020

Convênio: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Dados clínicos: Investigação de dor após acidente motociclístico há 8 meses.

Técnicas de Exame:

A- Plano sagital, sequência T1

B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura

C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura

Os seguintes aspectos foram observados:

- Redução do espaço fêmoro-tibial medial, associado a afilamento da superfície condral e osteófitos incipientes nas eminências intercondilíneas.
- Traço de hipersinal com orientação vertical no corpo do menisco medial, que atinge as superfícies meniscais, indicando ruptura.
- Discreto hipersinal intra-substancial no corno anterior do menisco lateral, que não ultrapassa as superfícies meniscais nem o bordo livre, indicando alterações degenerativas.
- Indefinição da inserção proximal do ligamento cruzado posterior, associado a hipersinal nas partes moles da fenda articular, sugerindo ruptura ligamentar completa e aguda.
- Também observamos espessamento e hipersinal na inserção proximal do ligamento colateral medial, com preservação da integridade de suas fibras, sugerindo injúria parcial / estiramento.
- O ligamento cruzado anterior, bem como o colateral lateral encontram-se íntegros.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição alta em relação a fossa troclear. Observa-se afilamento, irregularidade de contornos e discreta alteração de sinal na cartilagem que reveste a faceta medial da patela, sugerindo condropatia leve.
- Pequena quantidade de líquido coletado na bursa suprapatear.
- Não há evidência de lesões ósseas agressivas.

SIEMENS
Healthcare

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE
E-mail: cdrcoutinho@yahoo.com.br - CEP 55619-320
www.clinicadiocleociocoutinho.com.br
☎ (31) 3622.3500



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

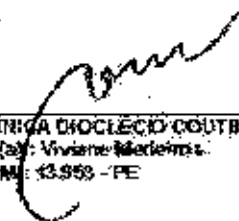
Número do documento: 23060910453597100000132188612

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

- Grupos musculares da face posterior do joelho com trofismo habitual para a faixa etária.

Evidenciamos entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso coleção líquida alongada, com finas septações parciais, apresentando diâmetro oblíquo máximo, medindo 6,2 cm, relacionada a cisto poplíteo.


CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO
Dr. (a) Viviane M. de Almeida
CRM: 13.953 - PE

SIEMENS
EQUIPAMENTOS

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE
E-mail: cdrcoutinho@yahoo.com.br - CEP 55819-320
www.clinicadiocleociocoutinho.com.br
☎ (81) 3622.3500



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
SURUBIM**
Compromisso de cuidar das pessoas
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 82/2019

Surubim, 06 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **José Carlos da Silva**
DN: 08/12/1985, portador do RG nº. 6.984.714 SDS-PE, consta em
nossos registros que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) pelo **Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia
24/11/2019 às 18:07 h, vítima de acidente moto x carro. O paciente
recebeu os cuidados imediatos no local apresentando corte-contuso
profundo em joelho D + escoriações pelo corpo, posteriormente foi
encaminhado para UPA- Surubim - PE com o código ID:S-712536.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador SAMU SURUBIM
MAT.10103
CORE/PE 399794 - ENF

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156

1. Hora do Chamado: 18/07 h		2. Chegada ao local: 18/07 h		3. Chegada a U. Hospitalar: 19/00 h		4. Saída da U. Hospitalar: 19/50 h													
5. Motivos/Solicitação: Acidente de trânsito																			
7. Tipo de equipamento: ☐ 1. USA ☐ 2. USB ☐ 3. Helicóptero				6. Data: 29/11/2019															
8. Origem do acionamento: ☐ 4. Moto ☐ 5. VIR				9. Médico regulador: ☐ 10. Rádio Operador: Carlos															
11. Paciente: Sr. Carlos da Silva		12. Solicitante: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		13. Data de nascimento: / /		14. Idade: 33 anos													
15. Nome da mãe: Maria da Silva		16. Sexo: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino		17. Endereço do paciente: Rua...		18. Endereço: PE-90													
19. Nº: 20. Bairro:		21. Município: Surubim		22. Referência: Em frente a entrada do ibs do 17		23. Local de ocorrência: ☐ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio ☐ 3. Trabalho													
24. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		25. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Psiquiátrico ☐ 4. Obstétrico ☐ 5. Pediátrico ☐ 6. Trote ☐ 7. Cancelada/Removido antes		26. Tipo de vítima: ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima: ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro													
28. Mecanismo do trauma: ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☒ 4. Impacto Lateral ☐ 5. Impacto traseiro		29. Natureza do acidente: ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 4. Atropelamento ☐ 5. Queda em/d do veículo ☐ 6. Outro		30. Uso de capacete pela vítima: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado		31. Uso de cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ Ignorado													
32. Hábito alcoólico: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		33. Intoxicação: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Exógena ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros		34. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m		35. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Suspeita de abuso sexual ☐ 5. Outros													
36. Queimadura: ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Choque elétrico ☐ 4. OBRN-e		37. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída		38. Respiração: ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueia ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		39. Circulação/pulso: ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino													
40. Perfusão periférica: ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos		41. Saturação O ₂ : 94%		42. Coloração da pele: ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Presença de sangramento		43. Escala de GCS: ☐ 1. Déficit Motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala													
44. Neurológico: ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		45. Pupilas: ☐ 1. Isotópicas ☐ 2. Miose ☐ 3. Midriase ☐ 4. Anisocoria ☐ 5. Reagente ☐ 6. Não reagente		46. Alergia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		47. Usa medicamento: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não													
48. Alguma patologia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		49. Oxigenioterapia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		50. Abertura ocular: ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta Verbal: ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)													
52. Resposta Motora: ☒ 1. Obedece a comandos (6) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)		53. SSVV: <table border="1"><tr><td>HORA</td><td></td></tr><tr><td>PA</td><td>150 x 80</td></tr><tr><td>PC</td><td>23</td></tr><tr><td>FR</td><td>20</td></tr><tr><td>TEMP</td><td>35,7</td></tr><tr><td>HGT</td><td>1,7</td></tr></table>		HORA		PA	150 x 80	PC	23	FR	20	TEMP	35,7	HGT	1,7	54. Conduta: ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED		55. História clínica atual, evolução e conduta: Vítima consciente, orientada, AAA, hemostase adequada, não-contusões, ferimento (D) refilado, curativo compressivo + proteção de forma adequada, em PI Serviço Hospitalar de emergência.	
HORA																			
PA	150 x 80																		
PC	23																		
FR	20																		
TEMP	35,7																		
HGT	1,7																		
56. Observações: correta em PI Serviço Hospitalar de emergência.		57. Unidade de destino: UPA		58. Médico que recebeu: Dr. Marco Junior		59. Equipe: Médico Assistente: Dr. Rogério Falcão Enfermeiro: Ass: Conselho: Destino: UPA													
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: Testemunha: RG: Data: / / RG: Data: / /		61. Múltiplas vítimas () Sim () Não		Nº de vítimas: Cenário:		62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: Maca nº Prancha nº ☐ Estab. de cabeça ☐ KED ☐ Colar ☐ Tirantes													



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. José Carlos da Silva, nascido no 06/12/1985, filho da Sra. **Maria Lúcia da Silva**, residente no sítio Gancho do Galo, zona rural desta Cidade. Solicitou no dia 25/11/2019 cópia do seu prontuário devido acidente (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 24/11/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM -23472.

Surubim, 28 de novembro de 2019;

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00100262
Identificação: 54799	CNS: 162501404500008	Idade: 33 Anos 11 Meses 18 Dias	Sexo: MASCULINO
Nome: JOSÉ CARLOS DA SILVA		Nascimento: 06/12/1985	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
End.: GANCHO DO GALO	Nº:	Bairro: ZONA RURAL	CEP: 55750000
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA		Pat:	Tel.:
Profissão:		Responsável:	

Últimas Ocorrências:			
Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
24/11/2019	18:26	100262	ACIDENTE

RE-CONSULTA: URGÊNCIA ()	NÃO URGÊNCIA ()	EMERGÊNCIA ()	ACIDENTE TRABALHO ()	ACIDENTE TRÂNSITO ()
----------------------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------------	------------------------------

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO: Paciente vítima de acidente motociclístico colisão moto - carro apresenta lesão extensa na região do tórax e membros inferiores.	TRATAMENTO: - Sutura de lesão 19:20 - Cateterismo 19:20 - Diálise 19:20 Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM PI 23472 Bruno
--	---

EXAMES COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:

MOTIVO DA SAÍDA: RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐ JUSTIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: ÓBITO: às _____ h _____ m do dia _____	☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ RETIRADA DE PONTO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN MÉDICO / CRM HORÁRIO:
DATA SAÍDA:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO
HORA SAÍDA:		

DATA: 24/11/2019 18:26:41 RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:52:07

Scanned by CamScanner







ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA NOGUEIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIFICAÇÃO: 4810389 SSP PE
CPF: 945.234.466-04 DATA NASCIM: 26/07/1974
FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE NOGUEIRA
LEONARTE FERRERIA DE NOGUEIRA

PERMISSÃO: ☒ VALIDADA ☐ NÃO VALIDADA
Nº REGISTRO: 03378605879 DATA: 08/04/2022 1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

ASSINATURAS

Adriana M. Nogueira de A. Fernandes

LOCAL: BONFIM - PE DATA EMISSÃO: 10/04/2017

[Assinatura]
Tribuna Adm. e Just. Eleitoral
Unidade: Pernambuco
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

33846755055
PEUT8645275

PERNAMBUCO

1421884961

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01



ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA NOGUEIRA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIFICAÇÃO: 4810389 SSP PE

CPF: 945.234.466-04 DATA NASCIM: 26/07/1974

PLACAO: JOSE GOMES DE NOGUEIRA

LEONARTE FERRIRA DE NOGUEIRA

PERMISSAO: ☒ VALIDAR ☐ CANCELAR

Nº REGISTRO: 03378605879 DATA: 08/04/2022 1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

ASSINATURAS

Adriana Maria Nogueira de Albuquerque Fernandes

LOCAL: JOURNAL - PE DATA EMISSÃO: 10/04/2017

Adriana Maria Nogueira de Albuquerque Fernandes

33846755055 8878645275

PERNAMBUCO

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01

ASL-0076367/20
maria.santos
25/03/2020 16:53:01





...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações



...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações



...Informações sobre o veículo

Placa: PDN-2313

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 149

Cor predominante: PRETA

Chassi: 9C2KC1680FR576992

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2015

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

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: 3200399424

Nome do(a) Examinado(a): JOSE CARLOS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): VI DOS LUIZ, 160, , Surubim/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 6984714

Data e local do acidente: 24/11/2019 - Surubim/PE

Data e local do exame: 19/11/2020 - Caruaru/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27885 , longitude: -35.96984

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar

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

tratamento conservador

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

IV. Nexô 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

Dano do joelho direito

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).



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14

Número do documento: 23060910453597100000132188612

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

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

Joelho Direito - Médio - 50%

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

Andressa R. Malveira
Andressa R. Malveira
CRM-149253



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 02/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 25/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200131072

Data da solicitação: 04/11/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF do beneficiário: 017.969.664

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 52

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 997001998

DDD

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe quais documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo de IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: DOC MED. COMPLEMENTAR + DOC IMAGEM

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SURUBIM, 04/11/2020

Local e Data

José Carlos da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

1) Não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário a seu pedido (a rogo).



Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Data da solicitação: 14/12/2020
 DD/MM/AA
 CPF do beneficiário: 017.969.664
 CPF do solicitante: 52

DADOS PARA CONTATO

Tel. Residencial: () 999

Exemplar: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

■ NĂO

☐ SIM, informe qual(is) documento(s) está(ão) sendo entregue(s):

Novos documentos médicos

 Lexus of Irvine

Boletim de Ocorrência

Notas fiscais complementares

 Clutras:

(055575428)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja homologado o meu processo pelo
acordo de encontro com algumas granelas e por
liberados um valor muito inferior ao que tenho
direito, me encontro com limitações em meu
fólio.

Grubis, 14/12/2020

Local's Only

Assinatura do solicitante ou de quem assina

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Deixar de preencher todos os dados, imprimir e fornecer, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação: sobre beneficiários, vítima não alfabetizada.

O não atendimento deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de 16 anos, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a ver o qtu)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

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

DANOS

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico:

Contusão do joelho direito com ruptura do menisco medial e lateral e do ligamento cruzado posterior, lesão do ligamento colateral medial e condropatia patelar.

Descrição do exame físico:

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 80°, extensão aos 10°, presença de derrames articulares, ausência de atrofas no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

Resultados terapêuticos:

Tratamento conservador. Alta médica.

Sequelas permanentes:

Debilidade funcional moderada do joelho direito.

Sequelas:

Com sequela

Data do exame físico:

19/11/2020

Conduta mantida:

Observações:

O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do joelho direito, 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

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: PÁGINAS 06, 07, 08, 09, 11 E 12.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



DADOS DO SINISTRO

Número:

3200399424

Cidade:

Surubim

Natureza:

Invalidez Permanente

Vítima:

JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente:

24/11/2019

Seguradora:

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise:

18/01/2021

Valoração do IML:

0

Perícia médica:

Não

Diagnóstico:

TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos:

TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas:

Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Sim

Quantificação das sequelas:

APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200399424

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO, COM RUPTURA DO MENISCO MEDIAL E DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos
complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200095738

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200131072

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 24/11/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.



2º TABELONATO DE NOTAS DE SUBSTITUIÇÃO
TITULAR: CECILIA MARIA SILVA DE LIMA
Tela 2 de 181 25341-413

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de JORGE CAVALOS
DA SILVA, Dos 16, Surubim, 10/12/2019 Em Testemunho
da verdade. Elizabeth Lima de
Andrade Cadena Substituta
AUTENTICIDADE* Rua Sete de Setembro, nº 10 - Capangueiras
Belo: 0073214-07F11201901 02130 10/12/2019 09:36:02
consulte autenticidade em www.titulos.br/autenticidade

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019



Jeri Carbido

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 6.984.714 SDS/PE – CPF: 017.969.664-52
DATA DO ACIDENTE: 24/11/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE CARLOS DA SILVA
ENDEREÇO: VI DOS LUIZ, Nº 160, GANCHO DO GALO, SURUBIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO. ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERÁ ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE

2º Tabelionato de Notas de Surubim-PE

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma (n) de: JOSE CARLOS DA SILVA, OUP, 10/12/2019, em Testemunho da variedade. Elizabete Lira de Andrade, Cadastro Substituta VALÍDAS COM EXLO DE AUTENTICIDADE. Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro, Surubim-PE, 55060-000. Telefone (81) 3494-413

Selo: 0073214.01711201901.02130 10/12/2019 09:36:02

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

CASINHAS- PE 06 DE DEZEMBRO 2019



Jose Carlos da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20
Número do Sinistro: 3200399424
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 017.969.664-52
CPF de: Próprio
Data do acidente: 24/11/2019
Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro
Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 14/12/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 14/12/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317133/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 06/11/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 06/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:14
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076367/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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: 02/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102970/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 017.969.664-52

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 017.969.664-52

- 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 25/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 25/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 09/06/2023 10:46:15
Número do documento: 23060910453597100000132188612
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060910453597100000132188612>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/06/2023 10:45:36



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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200095738 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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 15569180

Pag. 01793/01794 - 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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200095738 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

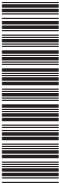
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00453/00454 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15589711





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, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200131072 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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.

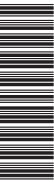
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15670390

Pag. 00169/00170 - 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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200131072 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 24/11/2019, emitida pelo Dr. MARIO JUNIOR, CRM nº 23472 - PE, da Instituição UPA 24 DR.GENTIL AUGUSTO MIRANDA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00643/00644 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15688475





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, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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. 01143/01144 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16319426





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, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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 CARLOS DA SILVA
Valor: R\$ 1.687,50
Banco: 001
Agência: 000000582-7
Conta: 0000031948-1
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.

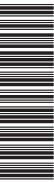
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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. 01537/01538 - carta_15R - 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, 19 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200399424 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

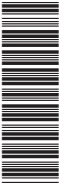
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/01/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01325/01326 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 16501042



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (fontes para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31948 1

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 do 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 (ho Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31948 1
(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 do 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 (ho Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002901**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ CIPRIANO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORO, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGECIA N° 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

JRS
JOSE ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat.: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE CARLOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Pai: JOSE CIPRIANO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: **8/12/1985** Nacionalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **81998611034**

Residência: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORÓ, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

José Roberto da Silva
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat: 119.534-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206002901

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA DO CHORO, PRÓXIMO A ENTRADA DE CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE CARLOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Pai: JOSE CIPRIANO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: **8/12/1985** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6984714/SDS/PE (RG), 01796966452 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81998611034**

Residencial: **SÍTIO GANCHO DO GALO, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ENTRADA DO JUCÁ FERRADO**

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

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PDN2313** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Chassi: **9C2KC1680FR576692**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP O SR. JOSÉ CARLOS DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 24/11/2019, POR VOLTA DAS 17:40 HORAS, DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO/MOD 2015/2015, PLACA PDN-2313, NO SENTIDO SURUBIM/VERTENTES, NA RODOVIA PE 90, SÍTIO LAGOA DO CHORÓ, ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO, QUANDO O VEÍCULO LOTAÇÃO TOYOTA/BANDEIRANTE DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, FEZ UM CONVERSÃO ATRAVESSANDO A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU COLIDINDO COM O VEÍCULO TOYOTA, QUE FOI EMBORA DO LOCAL ENQUANTO O MESMO LESIONADO NO JOELHO DIREITO, FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CÓDIGO ID: S-712536 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 00100262 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA) *José Carlos da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

José Roberto da Silva
JOSÉ ROBERTO DA SILVA
Comissário de Polícia
Mat: 119.534-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI. DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (fontes para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700.1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.969.664-52 4 - Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA 6 - CPF: 017.969.664-52
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: VI DOS LUIZ 9 - Número: 160 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHANCHO DO GALO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-99700-1998

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 31.948 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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, SURUBIM 10/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 26/11/2020
NUMERO DO DOCUMENTO: 320039942401
VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 00582
CONTA: 000000031948

Número da Autenticação
291CD56EDFEFC79A





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 117, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-002
CNPJ 10.820.562/0001-09 | Ins. Est. 0005943-82 | www.cenpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

INTEGRITÀ DA LINEARE CONSUMO

ALVARO MARIA MORA DE A. FERNANDES

RUA JOÃO BATISTA 370

CPF 945.234 844-04

CENTRE FOR POLICY RESEARCH

Classifications

EXCLUSIONS

RESEARCH

WORLDWIDE

Received 10 November 2004; accepted 12 January 2005
Published online 15 February 2005 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/anie.200461111

FRANCESCO / 2014 / 10000

705/455-58
800/767-2000

DOI: 10.1002/for

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

APR 2003	APR 2003	APR 2003
APR 2003	APR 2003	APR 2003

2014/03/2020

DT/01/0000	25/11/2000	2/1/2001
------------	------------	----------

1000

83.80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-Abc(VAR.) TUSD	00,00000000	0,4358182	43,58
Consumo-Abc(VAR.) TE	00,00000000	0,35875075	35,87
Adic:cons-Bancaria AAAARELA			30,51
Contrib: Sim. Publica Municipal			1,00
ICMS Subversão-CDE-AF 075728927-07/10/18			3,40
			0,70
TOTAL CANCELADA			

TOTAL PREGNANCIES

13.00

DEMONSTRATED BY CONTINUING TESTS WITH KNOCK

Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SALAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
227614	1.02	06/11/2018	26.452,34	07/04/2019	26.556,00	28	1,20000		90,01

INTRODUCTION AND CONCLUSIONS

Keywords: social support; coping strategies; self-esteem

PERÍODO		BASE DE CÁLCULO		%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DE DÉBITOS	
JAN/20	99					Serviços de Energia	R\$ 26,62 22,67%
FEV/20	114					Transmissão	R\$ 0,06 0,06%
MAR/20	103					Distribuição (Cabo)	R\$ 17,27 21,82%
ABR/20	106					Perdas de Energia	R\$ 6,67 8,07%
MAY/20	106					Recarga Semirrápida	R\$ 4,00 5,71%
JUN/20	91					Substituição	R\$ 23,31 26,22%
JUL/20	112					Taxa	R\$ 76,60 80,00%

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

4403 B/E3 AHS 2075 SEC 1 2008 0000 0000

THESE RESULTS INDICATE THAT

[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE BY DATE 07-16-2019 AUTHORITY 50 USC 3024

[illegible]

	0.00	0.20	0.40	0.60	0.80	1.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.80	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00





CELPE

Competitive Energetics in remembrance

Av. João de Barros, 711, Boa Vista, Recife-PE, CEP 51040-000

CNPQ 16.800.552/0001-08 | Tel.: 0800-40-62 | www.cnpq.com.br

Casey D. C. Smith

ALISSA MARIA BOLGA DE A. FERNANDES

OFF 945.2M 804-50

CLASSICALS

BY REINHOLD
HESCHMANN
Munich

SPRINGER-VERLAG

DOI: 10.1002/for

SPERMATID

02/01/2009

ENERGICO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BAPTISTA, 370

CENTROSPERUM

S. P. JOURNAL OF
ECONOMICS

TABLE 1

7005749888

7005749888 01/2020

5/4/2020 04/02/2020

83.80

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Acab (MMA) TUSO	100,00000000	0,42550167	42,55
Consumo Acab (MMA) TE	100,00000000	0,55000000	55,00
Acabamento Bateria e AMANTILA			3,88
COINTE Item Publicidade			3,40
ICMS Substancia COE ANF 0707855-1-07/0018			0,00

INÍCIO DA FALTA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

13.10

Nº DO RECEBÓ	TPC DA FATURA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	COMISSÃO (%)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00799	0.07	06/10/2018	28.407,37	07/01/2019	28.594,08	28	1.186,71		0,00

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–405

100

Distribuição de Custos		
Valor do Salário	%	Valor do Salário
0 a 10	10,0	10,0
10 a 20	20,0	20,0
20 a 30	30,0	30,0
30 a 40	40,0	40,0
40 a 50	50,0	50,0
50 a 60	60,0	60,0
60 a 70	70,0	70,0
70 a 80	80,0	80,0
80 a 90	90,0	90,0
90 a 100	100,0	100,0

Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

AC/BIELAND STREET 2006 1111 1111

THESE ARE VERY IMPORTANT

[illegible]

As a business owner, you know your customers are the lifeblood of your company. But how do you ensure they're getting the best possible experience? The answer lies in understanding their needs and preferences. This is where market research comes in. By gathering data on your target audience, you can tailor your products and services to meet their expectations. This not only improves customer satisfaction but also increases your competitive edge. In this article, we'll explore various market research techniques and how they can benefit your business.

BRUNNEN & VERLAGS- und DRUCKEREI

1000

CICLO	S.M. (R\$)	LIMITE ANUAL			TEMPO REPRODUÇÃO (D)	LIMITE DE MANEJO (F)	
		10-02-02	10-02-03	10-02-04		10-02-05	10-02-06
10-02-02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
10-02-03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
10-02-04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

[illegible]



NOTA FISCAL - FATSUA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50065-802
CNPJ 16.826.332/0001-09 | Insc. Est. 063943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

OFF. 945 234 444-44

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

001289631 UNICA 07/03/2020

07/03/2020 201118000 375338

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RLA JOAO BATISTA 270

CENTRO SURIUBIM

55750-000

Medição	01/2020
7006749888	01/2020
14/01/2020	04/02/2020
63,80	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Res-q(WA) TUSO	00,000000	0,420000	42,00
Consumo Abon(WA) TE	00,000000	0,000000	0,00
Acrescimo Bateria AMARELA			3,88
Contrib. Sun. Pública Municipal			3,46
ICMS Substituição COE ANEXO 17/2015-07/2018			0,79
TOTAL DA FATURA			63,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
007014	137	16/12/2019	28 407 27		07/01/2020	28 594 06	28	186 79	186,79

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor	%
Consumo Res-q(WA) TUSO	42,00	65,83%
Consumo Abon(WA) TE	0,00	0,00%
Acrescimo Bateria AMARELA	3,88	6,08%
Contrib. Sun. Pública Municipal	3,46	5,42%
ICMS Substituição COE ANEXO 17/2015-07/2018	0,79	1,23%
Total	63,80	100,00%

RECAPITULANDO

Consumo Res-q(WA) TUSO	42,00
Consumo Abon(WA) TE	0,00
Acrescimo Bateria AMARELA	3,88
Contrib. Sun. Pública Municipal	3,46
ICMS Substituição COE ANEXO 17/2015-07/2018	0,79
Total	63,80

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague a sua fatura antes do vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O valor da fatura pode ser pago em parcelas, desde que seja informado o plano de pagamento. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para a composição geral do consumo, consulte o site da CELPE, no endereço: www.celpe.com.br. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito. O valor da fatura pode ser pago em dinheiro, cheque ou cartão de crédito.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.969.664 / 52, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98234-4433</u>

SURUBIM 10 de DEZEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana M^{te} M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

