

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06318

CONTA: 000000017384-3

---

Autenticação:

4A14E6431AFE9A7E4111DFB05C1E1964F6E4E05B3AD4AC5241CA56223A667D2C

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

EDINALVA MARIA DE LIMA  
MCID027P07  
CPF: 044.502.504-27

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FLOR DO IPE 185

JARDIM MURIBECA/PRAZERES  
54360-480 JASOATAD DOS GUARARAPES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

**08/11/2019**

## TOTAL A PAGAR (R\$)

**194,23**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/10/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

01/11/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

082806174

## CONTA CONTRATO

007007457779

Nº DO CLIENTE  
2011499999

Nº DA INSTALAÇÃO  
0005406943

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

98BA.464B.65BE.5776.B55E.3961,F19E.E5CD

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	206,72	0,81069952	167,58
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,68
Contrib. Bim. Pública Municipal			15,93
ICMS Subvenção-CDE-NF 075498585-28/09/19			1,37
Multa por atraso-NF 079344252 - 26/09/19			3,50
Juros por atraso-NF 079344252 - 26/09/19			0,23
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>194,23</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
173,20	25,00	43,30	173,20	1,29	2,23	173,20	5,95	10,30

Consumo Ativo(kWh)	0,64833808	Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
		OUT	19	KWh	
		SET	19	210	
		AGO	19	187	
		JUL	19	223	
		JUN	19	219	
		MAI	19	230	
		ABR	19	199	
		MAR	19	198	
		FEV	19	193	
		JAN	19	164	
		DEZ	18	171	
		NOV	18	187	
		OUT	18	146	

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIODOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003152887795	CAT	26/09/2019	6.247,00	25/10/2019	6.454,00	29	1,00000	0,00	207,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/11/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No de horas sem Energia		0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 61,68					
Todo Consumidor pode solicitar a separação das indicações DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia do trabalhador: av liberdade 389 sancho / fontoura e cruz ltda - me; rua severino monteiro 782 cavaleiroLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br). Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Cobrança ICMS sobre cobrança CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DETALQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007007457779	10/2019	194,23	08/11/2019

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000017 942300110076 007457779109 176534665639



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## Resumo de Alta Hospitalar

**PACIENTE: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO**

REGISTRO: 112093 | IDADE: 37 | DATA ADMISSÃO: 02/09/2019 | DATA ALTA: 04/09/2019

### 5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA RADIO DISTAL ESQUERDO

### 6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM FIO KIRSCHNER

### 7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

### 8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E DEDOS DA MÃO

3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

6) NÃO PEGAR EM PESO

### Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 19/09/2019  
Não ( ) hora: 06:30 às 09:30

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE OU NO  
AMBULATÓRIO DO ESTADO DE ORIGEM

### Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Ignacio Butrabi  
Medicina da Família - PE-22222  
04 SET. 2019



## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 16/10/19

Nº PRONTUÁRIO: 117063

NOME DO PACIENTE: Wellington Jon Menys  
do Nascimento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

S52.

Febre de 1/3 Dnll de rrb  
Grau.

OBS.:

Febre rrb

Nº DIAS

30

rrb,

AFASTAMENTO DO TRABALHO

*Eduardo Queiroz*  
Ortopedista  
CRM / A508 TEOT 10552

Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391



Rua Doutor Osvaldo Machado, 62 - Salgadinho - Olinda - PE  
 Contatos: (81)3426-1375 / (81)99981-5451  
 E-mail: [sinergiasaudadeolindense@gmail.com](mailto:sinergiasaudadeolindense@gmail.com)

## FICHA DE AVALIAÇÃO

**DATA:** 21/10/2019

**Nome:** Wellington José Menegu de Oliveira **CPF:** 063.185.814-80

**DN:** 07/09/1981 **Sexo:** mas. **Profissão:** Aux. AM

**Endereço:** Rua Floro do Spí N°185 Jardim Universitário  
Cidade: Olinda **CEP:** 54010-000

**Telefone Fixo:** \_\_\_\_\_ **Nº Celular:** 98346-9787

**Médico:** Dr. Wellington Ruy **Diagnóstico:** Fratura Radicular

**QP:** Dor de dor intensa no dia 11

**HDA:** No dia 02/09/2019 sentiu trapaçava em seu  
moto quando deu um giro sem descer da moto  
e sentiu dor em seu moto.

**Cirurgias Anteriores:** \_\_\_\_\_

**DM ( ) HIPERTENSÃO ( ) CARDIOPATIA ( ) OSTEOPOROSE ( ) OUTROS ( )**

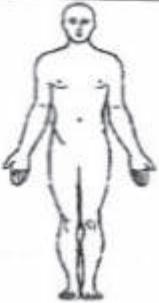
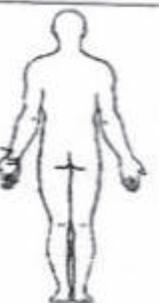
	<b>DATA</b>	<b>HORA</b>	<b>ASSINATURA</b>		<b>DATA</b>	<b>HORA</b>	<b>ASSINATURA</b>
01	21/10			11	04/11		
02	22/10			12	05/11		
03	23/10			13	06/11		
04	24/10			14	07/11		
05	25/10			15	08/11		
06	28/10			16	11/11		
07	29/10			17	12/11		
08	30/10			18	13/11		
09	31/10			19	14/11		
10	01/11			20	18/11		

	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
21	19/11				31	03/12	
22	20/11				32	04/12	
23	21/11				33	05/12	
24	22/11				34	06/12	
25	23/11				35	09/12	
26	26/11				36	10/12	
27	27/11				37	11/12	
28	28/11				38	12/12	
29	29/11				39	13/12	
30	02/12				40	16/12	

\*Plano de pagamento ( ) Pacote ( ) A vista Obs: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

1. Escala de dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Características e dor: Algo ruim
3. Palpação: Ridícula
4. Edema: ++
5. Sensibilidade:
6. Tônus/reflexos:
7. Postura/equilibrio/coordenação:
8. Marcha/transferência:
9. Estado funcional/ADV's:
10. Testes especiais:

AREA	ADM	FORÇA(0-5)	
MMS			
MMII			

### TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO

PLANO DE TRATAMENTO: \_\_\_\_\_ SESSÕES: \_\_\_\_\_ X/SEMANA DIAS: \_\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

Instituição, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Geovani Ferreira  
Fisioterapeuta  
CREFI: 169989-8



Carimbo e Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE N° 014486591182  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA - 000. REINAM - DATA DE EXERCÍCIO  
1 473672260 2019

WELLINGTON JOSE MENEGES DO NASCIMENTO

JAB GUARARAPES-PE

VIA	063.185.814-80	PLACA	PF82637
PLACANTUE	CHASSI		
EXCEPTE	ESPECIFICO	LONGBUS	1
PRA MOTOCICLISTA	MOTOR	150	150
MARCA/Modelo	ANO/FAB. FABRICADO	2012	2012
HONDA/CG 150 TITAN EX	CATEGORIA	PRETA	
DATA PÔT. CIL.	COR PREDOMINANTE		
2F/149CL	Partic		
DATA ÚNICA	VENDE COTA LADIA	1º	ELIC. CUBAS
I P V A	IPVA 2019 QUITADO	21.***.***.**	21.***.***.**
FAIXA IPVA	PERIODAMENTO/COTAS	09	09
1	RESERVAS	3.***.***.**	

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
80.11 SEGURO 32.84,58 01/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

JAB GUARARAPES

Roberto Carlos Moreira Fontallosa  
TESTOR PRES. CNPQ/CP

DATA  
13/05/19

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N° 014486591182 BILHETE DE SEGURO DPVAT

WELLINGTON JOSE MENEGES DO NASCIM

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 5204

MENTO

JAB GUARARAPES-PE 2019 13/05/19

VIA - 063.185.814-80 PLACA - PF82637

473672260 HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO/FAB. 2012 CHASSI 9C2KC1660CR546177

PRÉMIO TARIFÁRIO

DATA DE PAGAMENTO 01/02/19

DATA DE QUITAÇÃO 01/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-64

DEBITADOS E GUARDES O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATÓRIO.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458463/19

**Vítima:** WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

CPF: 063.185.814-80

**Data do acidente:** 02/09/2019

**Titular do CPF:** MENEZES DO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

3190708021

**WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO : 063.185.814-80**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

567613

## 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](http://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.

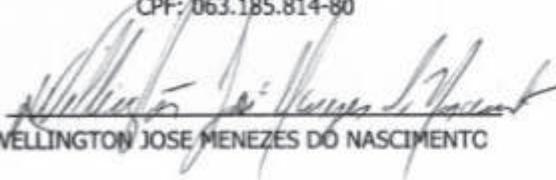
### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 18/12/2019

Nome: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

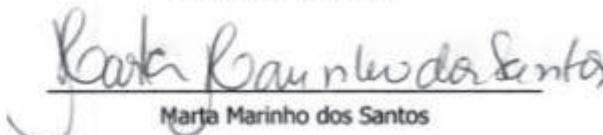
CPF: 063.185.814-80

  
WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

Data do cadastramento: 18/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

  
Marta Marinho dos Santos

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190708021      **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 02/09/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 1/3\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190708021      **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 02/09/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 1/3\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458463/19

**Vítima:** WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

**CPF:** 063.185.814-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/09/2019

WELLINGTON JOSE

**Titular do CPF:** MENEZES DO

NASCIMENTO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO : 063.185.814-80**

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](http://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: 18/12/2019  
Nome: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO  
CPF: 063.185.814-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

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

---

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190708021

Vítima: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

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 dos punhos

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: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006318

Conta: 0000017384-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 063-185-814-80	4 - Nome completo da vítima: WELLINGTON JOSE MENEZES DA CRUZ
----------------------------	--------------------------------------	---

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 39-645/2012

5 - Nome completo: WELLINGTON JOSE MENEZES DA CRUZ	6 - CPF: 063-185-814-80		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA FLOR DO IPÉ	9 - Número: 185	10 - Complemento: CTSA
11 - Bairro: VARZIM MURADECA	12 - Cidade: JABOTAFÔ	13 - Estado: PE	14 - CEP: 54360-480
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 81 981600860		

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 6318 CONTA: 17384 (3)	(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 ABSÉNCIA 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 atende 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 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Vívo	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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê vivo)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 18 de dezembro de 2019

Wellington José Menezes da Cruz  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 of 1

07/11/2019 15:07



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES -  
DP19ªCIRC DIM/6ºDESEC



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0109008003**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2019 às  
16:54

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 2/9/2019 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **LADEIRA DOS GUARARAPES, 01** - Bairro:  
**JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**REINO ANIMAL:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **DESCONHECIDO**  
**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO**

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

**WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: **LAURA JOSE DE MENEZES** Pai: **MARIO JOSE DO NASCIMENTO** Data de  
Nascimento: **7/9/1981** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **6234178/SSP/PE (RG), 06918681489 (CPF)** Estado Civil: **ANÁSIO(A)**  
Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE ALMOXARIFADO** Telefones  
Celulares:

- **883468787**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **RUA FLOR DE IPE, 185 - CEP: 56600-000 - Bairro: MURIBECA DOS**  
**GUARARAPES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: N Pai: N Data  
de Nascimento: **2/10/1999** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão:  
**ODONTOLOGO(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JABOATAO DOS GUARARAPES, 01 - CEP: 0 - Bairro:**  
**PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON JOSE MENEZES DO**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPreview...

**NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **PFS2637** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **473672268** Chassi: **SC2KC1666CR646177**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

**ANIMAL(PORCO) (REINO ANIMAL)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

#### Complemento / Observação

**DECLARA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA RUA VIA NA ESTRADO DO ALTO GUARARAPES QUANDO UM ANIMAL PORCO ATRAVESSOU NA FRENTA DO VEICULO VINDO A VITIMA A CAIR NO SOLO DANIFICANDO A MOTOGCLETA E SENDO SOCORRIDO PELA UNIDADE SAMU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO FICANDO COM SEQUELA NA MÃO E PUNHO ESQUERDO**

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

*Wellington José Menezes do Nascento*  
**WELLINGTON JOSÉ MENEZES DO NASCIMENTO**  
 [VITIMA]

B.O. registrado por: **EMANUEL SEVERINO RIBEIRO** Matrícula: **152925-4**



# 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: 063-185-814-80	4 - Nome completo da vítima: WELLINGTON JOSE MENEZES DA CRUZ
----------------------------	--------------------------------------	---

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 39-645/2012

5 - Nome completo: WELLINGTON JOSE MENEZES DA CRUZ	6 - CPF: 063-185-814-80		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA FLOR DO IPÉ	9 - Número: 185	10 - Complemento: CTSA
11 - Bairro: VARZIM MURADECA	12 - Cidade: JABOTAFÔ	13 - Estado: PE	14 - CEP: 54360-480
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 81 981600860		

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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (257)        | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)         |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 6318 CONTA: 17384 (3)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 ABSÉNCIA 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 atende 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vívo 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (bebê vivo)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vôus vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Recife, 18 de dezembro de 2019

Wellington José Menezes da Cruz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº: 2381.000  
EM: 12.09.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO, RG: 6.234.178 – SSP/PE, CPF: 063.185.814-80**, consta em nossos arquivos a ocorrência de **Nº S – 675704**, do dia 02 de setembro de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 18h 00min vítima de queda de moto. O acidente aconteceu no parque histórico monte dos Guararapes, Próximo ao mirante s/n- Prazeres – Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital Dom Helder.

Jaboatão dos Guararapes, 12 de setembro de 2019.

Valdamar Pires de Melo  
Geral SAMU/ Sec. Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
CRM: 1181 – Mat.40.911.164-1  
Mai. Jaboatão dos Guararapes - PE