

# ITAÚ – 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

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
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  
MCI027P07  
CPF: 044.502.504-27

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FLOR DO IPE 185

JARDIM MURIBECA/PRAZERES  
54360-480 JABOATÃO 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

082808174

CONTA CONTRATO

007007457779

Nº DO CLIENTE

2011499898

Nº DA INSTALAÇÃO

0005406943

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	206,72	0,81069952	167,58
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,68
Contrib. Ilum. 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 IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
173,20	25,00	43,30	173,20	1,29	2,23	173,20	5,95	10,30

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,84833808

HISTÓRICO DO CONSUMO

	OUT 18	NOV 18	DEZ 18	JAN 19	FEB 19	MAR 19	ABR 19	MAY 19	JUN 19	JUL 19	AGO 19	SET 19	OUT 19
kWh	207	210	187	223	219	230	199	198	193	164	171	187	146

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	54,80	21,54
Transmissão	8,01	3,47
Distribuição (Celpe)	38,49	21,87
Encargos Setoriais	8,58	4,39
Tributos	55,83	32,24
Perdas de Energia	11,49	5,93
<b>TOTAL</b>	<b>173,20</b>	<b>100</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003152687795	CAT	26/09/2019	5.247,00	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	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
ago/2019					
DIC-Rio de horas sem Energia		0,00	5,07	18,15	28,30
FIC-Rio de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 61,68					
Toda Consumidora pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia 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 subvenção 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 próx. 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

DESTAQUE 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.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000017 942300110076 007457779109 176534665639





## 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 KIRSCHINER**

### 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) Não ( )**

**Data da Consulta: 19/09/2019**  
**de 06:30 às 09:00**

**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. Igor A. Butrab*  
Médico CRM-PE 32272  
**04 SET. 2019**

**LAUDO MÉDICO**

Data de Atendimento: 16/10/19

Nº PRONTUÁRIO: 112043

NOME DO PACIENTE: Wellington Jon Mendes  
do Nascimento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

S32.

Fratura do 1º Dátil do pé  
Grav.

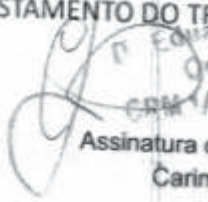
OBS.:

Leitura Pr

Nº DIAS

30

dia , AFASTAMENTO DO TRABALHO

  
Assinatura do Médico  
Carimbo

  
Eduardo Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10552

CÓD. 38391





Rua Doutor Osvaldo Machado, 62 - Salgadinho - Olinda - PE

Contatos: (81)3426-1375 / (81)99981-5451

E-mail: [sinergiaaudealendementos@gmail.com](mailto:sinergiaaudealendementos@gmail.com)

## FICHA DE AVALIAÇÃO

DATA: 21/10/2019

Nome: Wellington José Mendes do Carmo CPF: 063.185.814-80

DN: 07/09/1981 Sexo: masculino Profissão: Aux. ADM.

Endereço: Rua Flor do Sol Nº 185 Jardim Municipal  
Sobradinho 03 - Maracás

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

Médico: Dr. Rodrigo Ruy Diagnóstico: Próstata Radio Resistente

QP: Doi e Disinteria no 02 M

HDA: No dia 02/09/2019 paciente chegou em meu  
setor quando um pouco sem de mais do note  
e chegou com o meu note.

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

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

	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
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: Aguda

3. Palpação: Delicada

4. Edema: ++

5. Sensibilidade: \_\_\_\_\_



6. Tônus/reflexos: \_\_\_\_\_

7. Postura/equilíbrio/coordenação: \_\_\_\_\_

8. Marcha/transfêrência: \_\_\_\_\_

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  
CREPITO: 169989-F

Geovani Ferreira

Carimbo e Assinatura



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

NOME: WELLINGTON JOSE MENDES DO NASCIMENTO

SOC. HABITAC. / OUT. HABITAC. / M: 6234176 SSP PE

CPF: 067.185.814-80 DATA NASCIMENTO: 07/09/1981

PLAÇÃO: MAXIO JOSE DO NASCIMENTO LARNA JOSE DE MENDES

POSSESSÃO: [ ] AGE: [ ] OUT. HAB: [ ]

N.º HABITAC. 05141831039 VALOR: 12/01/2021 PRECATORIO: 12/02/2011

CONDIÇÃO: Empréstimo Ativ. Remunerada

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: [Assinatura]

DATA EMISSÃO: 19/04/2014

LOCAL: RECIFE - PE

ASSINATURA DO DIRETOR: [Assinatura]

62555403131 05878921539

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1224050832

PERMISSÃO PLÁSTICA 1224050832

## CONTRAN

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458463/19

Vítima: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIN

CPF: 063.185.814-80

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/09/2019

CPF de: Próprio

Título do CPF: MENEZES DO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Dedaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO : 063.185.814-80

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

3190708021

567013

## 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

  
WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# 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

**Titular do CPF:** WELLINGTON JOSE 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 médico-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

WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos



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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAAIS (DESPESES 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 DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO 6 - CPF: 063-185-814-80

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA FLOR DO IPE 9 - Número: 185 10 - Complemento: CFSA

11 - Bairro: JARDIM MURIOECA 12 - Cidade: JABOATÃO 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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 6318 CONTA: 17384 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 resíduo (almeida)? ☐ 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, Recife, 18 de dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 POLICIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES -  
DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0109008003**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

**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  
VEICULO: (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: 0234178/SSP/PE (RG), 00318681480 (CPF) Estado Civil: ANASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUXILIAR DE ALMOXARIFADO Telefones Celulares: - 983460787**

**Motivo da Viagem: OUTROS**  
**Endereço Residencial: RUA FLOR DE IPE, 185 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: N Pai: N Data de Nascimento: 2/10/1998 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)**

**VEICULO (VEICULO) 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: **473672260** Chassi:

**9C2KC1666CR646177**

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: **SUINO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

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

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

*Wellington José Menezes do Nascimento*  
WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EMANUEL SEVERINO RIBEIRO** Matrícula: **152986-4**





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAAIS (DESPESES 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 DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: WELLINGTON JOSE MENEZES DO NASCIMENTO 6 - CPF: 063-185-814-80

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA FLOR DO IPE 9 - Número: 185 10 - Complemento: CFS

11 - Bairro: JARDIM MURIOECA 12 - Cidade: JABOATÃO 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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 6318 CONTA: 17384 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 resíduo (almeida)? ☐ 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, Recife, 18 de dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

  
Valdemar P. Sousa de Melo  
Gerente Administrativo e Gerente de Recursos Humanos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Pré-Hospitalar SAMU/Sec. Saúde  
Mak. 1181 – Mat.40.911.164-1  
Jaboatão dos Guararapes - PE