

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

083.027.594-06

4 - Nome completo da vítima:

André Bandeira de melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CLOACIAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

André Bandeira de melo

6 - CPF:

083.027.594-06

7 - Profissão:

Agro/lon

8 - Endereço:

Sítio Sape

9 - Número:

990

10 - Complemento:

area

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Limeirinha

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

010-996686082

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

SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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:

KOTE SEC
ETICA ATUA
Vdd1200

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 76155

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões e/ou traumas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/viúvo/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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Limeirinha - PE 10-01-2020

André Bandeira de melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
 DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205002369**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/11/2019** às **12:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/10/2019** às **07:31**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, PE90 / KM32 / Povoado de Lagoa Cumprida - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR) AGENTE)
 MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (OUTRO)
 ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (VITIMA)

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 Idoll 2020

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRÉ BANDEIRA DE NELO

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

ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO**
 Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Data de Nascimento: **9/8/1988** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8053650/SDS/PE (RG), 08302759406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998915723**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: . Data de Nascimento: **1/1/1900**
 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO** Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8785541/SDS/PE (RG), 11085539407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998915723**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ BANDEIRA DE NELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGH6076** (PERNAMBUCO/LIMOERIO) Renavam: **206158750** Chassi: **9C2KC1550AR087609**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE NO DIA 07 DE OUTUBRO DO CORRENTE ANO, QUANDO TRANSITAVA NA PE90, APROXIMADAMENTE NO KM22, NO Povoado de LAGOA COMPRIDA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA NESTE BO, SOFREU UM ACIDENTE QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTO, QUE COLIDIU COM O ANIMAL E DERRUBOU A VÍTIMA COM A MOTOCICLETA, CAUSANDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, E OUTROS OUTRAS LESÕES NO OMBRO DIREITO. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Andre Bandeira de melo
ANDRÉ BANDEIRA DE NELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matricula: **3848167**



KOTE SEGURO
Erika Araujo
16/11/2020



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115^a CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115^aCIRC
 DINTER1/16^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205002374**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/11/2019** às **13:52**

Complementa o BO Número: **19E0205002369**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/10/2019** às **21:07**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, PE90 / KM32 / Povoado de Lagoa Cumprida - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
 MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (OUTRO)
 ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRÉ BANDEIRA DE NELO

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

ANDRÉ BANDEIRA DE NELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO**
 Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Data de Nascimento: **9/8/1988** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Documentos: **8053650/SDS/PE (RG), 08302759406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 998915723

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900**
 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA BANDEIRA DE MELO**
 Pai: **JOÃO JOAQUIM DE MELO** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8785541/SDS/PE (RG), 11085539407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 998915723

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO SAPÉ - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CERÂMICA BARRO DOURADO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ BANDEIRA DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ BANDEIRA DE NELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGH6076** (PERNAMBUCO/LIMOERIO) Renavam: **206158750** Chassi: **9C2KC1550AR087609**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE NO DIA 07 DE OUTUBRO DO CORRENTE ANO, QUANDO TRANSITAVA NA PE90, APROXIMADAMENTE NO KM22, NO Povoado de LAGOA COMPRIDA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA NESTE BO, SOFREU UM ACIDENTE QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTO, QUE COLIDIU COM O ANIMAL E DERRUBOU A VÍTIMA COM A MOTOCICLETA, CAUSANDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, E OUTROS OUTRAS LESÕES NO OMBRO DIREITO. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

André Bandeira de Melo
ANDRÉ BANDEIRA DE NELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/10/2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

083.027.594-06

4 - Nome completo da vítima:

André Bandeira de melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CLOACIAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

André Bandeira de melo

6 - CPF:

083.027.594-06

7 - Profissão:

Agro/lon

8 - Endereço:

Sítio Sape

9 - Número:

990

10 - Complemento:

area

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Limeira

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

89.100-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

010-996686082

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

KOTE SEC
ETICA ATUA
Vdd1200

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 76155

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões e/ou traumas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

filhos:

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nação (herdeiros):

Sim

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

irmãos:

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/vôos 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Limeira - SC 10-01-2020

André Bandeira de melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE BANDEIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 00000056155-0

Nr. da Autenticação E80A757EE42D8EFC



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vida, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.915/0001-08 | Inf. Ext. 0006943-02 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA CRUZ (RA 16.131.0)

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Av. 1549 - 300

CPF: 718.212.534-26

SITIO DA PEREIRA
LIMOEIRO PE
55700-000

CLASSIFICAÇÃO

BI: RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

TIPO DE CONSUMO	UNID.	UNIDADE
080122367	UNICA	UNIFAMILIAR
080122367	UNICA	UNIFAMILIAR
28/10/2019	200189274	UNIFAMILIAR

NOTA DE CONTRATO	VALIDADE
2349392014	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	28/11/2019
DATA DE PAGAMENTO	28/11/2019

71,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	21.000,000	0,0166982	05,00
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,56
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,37
Comb. Km. Plata à Municipal			2,14
CSA Subvenção - CELEPE 075470170-29000078			0,41
Mutação de uso-FA 073200021-2500078			0,98
Itens por ato de FA 073200021-2500078			0,08

TOTAL DA FATURA

71,38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO PESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FORÇA	DATA DE INSCRIÇÃO	ANTIGOR	DATA	ATUAL LÉTURA	DATA	ATUAL LÉTURA	Nº DE DIAZ	CONSTANTE	AJUSTES	CONSUMO (KWH)
080122367	CA	08/07/18	11.981,00	2019-10-28	11.991,00	2019-10-28	10	1.000,00			01,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE IMPÔSTOS		INFORMAÇÕES FISCAIS	
080122367	01			Imposto de Energia	R\$ 0,40 10,04%
080122367	02			Impostos Federais	R\$ 0,20 3,47%
080122367	03			Impostos Estaduais	R\$ 0,20 3,47%
080122367	04			Impostos Municipais	R\$ 0,00 0,00%
080122367	05			Pará de Energia	R\$ 0,00 0,00%
080122367	06			Frete e Seguro Somatório	R\$ 0,00 0,00%
080122367	07			Itens da Fatura	R\$ 0,00 0,00%
080122367	08			Total	R\$ 0,60 10,00%
VALOR DA FATURA		VALOR DO IMPÔSTO		VALOR FISCAL	
080122367	09			080122367	
080122367	10			080122367	
080122367	11			080122367	
080122367	12			080122367	
080122367	13			080122367	
080122367	14			080122367	
080122367	15			080122367	
080122367	16			080122367	
080122367	17			080122367	
080122367	18			080122367	
080122367	19			080122367	
080122367	20			080122367	
080122367	21			080122367	
080122367	22			080122367	
080122367	23			080122367	
080122367	24			080122367	
080122367	25			080122367	
080122367	26			080122367	
080122367	27			080122367	
080122367	28			080122367	
080122367	29			080122367	
080122367	30			080122367	
080122367	31			080122367	
080122367	32			080122367	
080122367	33			080122367	
080122367	34			080122367	
080122367	35			080122367	
080122367	36			080122367	
080122367	37			080122367	
080122367	38			080122367	
080122367	39			080122367	
080122367	40			080122367	
080122367	41			080122367	
080122367	42			080122367	
080122367	43			080122367	
080122367	44			080122367	
080122367	45			080122367	
080122367	46			080122367	
080122367	47			080122367	
080122367	48			080122367	
080122367	49			080122367	
080122367	50			080122367	
080122367	51			080122367	
080122367	52			080122367	
080122367	53			080122367	
080122367	54			080122367	
080122367	55			080122367	
080122367	56			080122367	
080122367	57			080122367	
080122367	58			080122367	
080122367	59			080122367	
080122367	60			080122367	
080122367	61			080122367	
080122367	62			080122367	
080122367	63			080122367	
080122367	64			080122367	
080122367	65			080122367	
080122367	66			080122367	
080122367	67			080122367	
080122367	68			080122367	
080122367	69			080122367	
080122367	70			080122367	
080122367	71			080122367	
080122367	72			080122367	
080122367	73			080122367	
080122367	74			080122367	
080122367	75			080122367	
080122367	76			080122367	
080122367	77			080122367	
080122367	78			080122367	
080122367	79			080122367	
080122367	80			080122367	
080122367	81			080122367	
080122367	82			080122367	
080122367	83			080122367	
080122367	84			080122367	
080122367	85			080122367	
080122367	86			080122367	
080122367	87			080122367	
080122367	88			080122367	
080122367	89			080122367	
080122367	90			080122367	
080122367	91			080122367	
080122367	92			080122367	
080122367	93			080122367	
080122367	94			080122367	
080122367	95			080122367	
080122367	96			080122367	
080122367	97			080122367	
080122367	98			080122367	
080122367	99			080122367	
080122367	100			080122367	
080122367	101			080122367	
080122367	102			080122367	
080122367	103			080122367	
080122367	104			080122367	
080122367	105			080122367	
080122367	106			080122367	
080122367	107			080122367	
080122367	108			080122367	
080122367	109			080122367	
080122367	110			080122367	
080122367	111			080122367	
080122367	112			080122367	
080122367	113			080122367	
080122367	114			080122367	
080122367	115			080122367	
080122367	116			080122367	
080122367	117			080122367	
080122367	118			080122367	
080122367	119			080122367	
080122367	120			080122367	
080122367	121			080122367	
080122367	122			080122367	
080122367	123			080122367	
080122367	124			080122367	
080122367	125			080122367	
080122367	126			080122367	
080122367	127			080122367	
080122367	128			080122367	
080122367	129			080122367	
080122367	130			080122367	
080122367	131			080122367	
080122367	132			080122367	
080122367	133			080122367	
080122367	134			080122367	
080122367	135			080122367	
080122367	136			080122367	
080122367	137			080122367	
080122367	138			080122367	
080122367	139			080122367	
080122367	140			080122367	
080122367	141			080122367	
080122367	142			080122367	
080122367	143			080122367	
080122367	144			080122367	
080122367	145			080122367	
080122367	146			080122367	
080122367	147			080122367	
080122367	148			080122367	
080122367	149			080122367	
080122367	150			080122367	
080122367	151			080122367	
080122367	152			080122367	
080122367	153			080122367	
080122367	154			080122367	
080122367	155			080122367	
080122367	156			080122367	

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: ANDRE BANDEIRA DE MELO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO

DATA DE INTERNAMENTO: 12/10/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 14/10/2019

DATA DE ALTA: 15/10/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 28/10/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Idol 2020

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 15 DE OUTUBRO DE 2019

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.999

MEDICO: PAULA CARDOSO DE MEDEIROS

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: PAULA CARDOSO DE MEDEIROS	
CRM: 23999	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 15/10/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

 Dra. Paula Cardoso
 Médica
 Ass. do médico
 CRM, 23.999

Identificação do Paciente	
Nome: ANDRE BANDEIRA DE MELO	
Endereço: SITIO SAPE - ZONA RURAL, CENTRO, CEP: 55700000, Nº 1, LIMOEIRO - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) 02 CAIXAS	
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Identificação do Comprador		
Nome: _____ RG: _____		
Endereço: _____ Org. emissor: _____		
Cidade: _____	UF: _____	Tel.: _____

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico _____ Data: / /	

 KOTE SEGUNDO
 Erica Araujo
 16/11/2020

RECEITUARIO MÉDICO

PACIENTE: ANDRE BANDEIRA DE MELO

USO ORAL

1. DIPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. AAS 100mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 45 DIAS
4. CEFALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 15/10/2019

Dra. Paula Cardoso
Médica
CRM: 23.899

ASSINATURA E CARIMBO

KOTE SEGURO
Erica Araujo
16/10/2020

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

Revisão

F.A.T.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Andre Bandeira de melo

REGISTRO: 77 6331 DATA DE NASCIMENTO: 09/08/1988

RG: 8053 650 ORGÃO EMISSOR: SOS / PE

ENDEREÇO: Sítio Sabe Limoeiro

NOME DA MÃE: Maria Bandeira de melo

DATA ADMISSÃO: 12/10/2019 DATA ALTA: 16/10/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 14/10/2019 CID: 542.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula
Esquerda — 4 — 11 —

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Fratura da Clavicula Esquerda + Tratamento
de Retração muscular + Neurólise +
osteotomia — 11 — 11 —

MÉDICO: Arnaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/10/2019

JABOATÃO DOS GURARAPES, 28 DE Outubro DE 2019.

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

MÉDICO

5631887

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ANDRE SANDEIRA DE MELO

Prontuário: 776311

Atendimento: 247842

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FX DE CLAVICULA ESQ

CID: S420

Procedimento Solicitado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo de permanência Previsto:

04/10/2019

Procedimento SUS Realizado: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO CCBMRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti -- Rh

- Uso de Prótese/Ótese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: ALTO 20m Ritorne

Data de Internação: 12/10/2019

Data da Alta: 10/10/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 247842 Nascimento: 09/06/1988
Responsável: Prontuário: 776311 Sexo: Masculino
Nome: ANDRE BANDEIRA DE MELO Data e Hora do Atendimento: 12/10/19 22:13:20
Idade: 31 Anos, 2 Meses e 3 Dias Profissão: Escolaridade:
CPF: Identidade: 5053650 Telefone:
Corjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 200393169640002
Nome do Mae: MARIA BANDEIRA DE MELO Nome do Pai:
Endereço: SITIO SAPE ZONA RURAL, CENTRO, CEP: 55700000, Nº 1, LIMOEIRO - PE
OBSERVAÇÃO:
Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 11 - LEITO 05
Médico: MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374 CID:
STÓRIA DA DOENÇA ATUAL: RESUMO DE INTERNAMENTO
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILISTICO HA 1DIA, COM DOR E TORTUOSIDADE EM MNSS.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS

DIÁRIO FÍSICO GERAL:

BBREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL

AP - CARDIO - VASCULAR:

RRR 16-17 BPF 55

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

LACIDO, DEPRESSIVEL, INDOCLOR

AP - GENITO - URINARIO:

NON

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

1- FRACTURA DE CLAVÍCULA E

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Milena Novais Alves

Médico

CRM RG. 27.374

MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

Laudo para solicitação de autorização de Internação - SES

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente		Nº Protuário	
ANDRE BANDEIRA DE MELO		776311	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor
	09/08/1988	Masc. <input checked="" type="radio"/> Femi. <input type="radio"/>	
Nome da Mãe		Telefone de contato	
MARIA BANDEIRA DE MELO			
Nome Responsável			
Endereço		Número	Bairro
SITIO SAPE	ZONA RURAL	1	CENTRO
Município		IBGE	UF
LIMOEIRO			CEP
55700000			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILISTICO HÁ 1DIA , COM DOR E TORTUOSIDADE EM MMSS.			
Condições que justificam a internação			
TRATAMENTO CIRURGICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RADIPGRAFIA COM FRATURA DE CLAVICULA E			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE CLAVICULA E			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento
INTERNAMENTO		
specialidade	Caráter de Atendimento	Documento
ORTOPEDIA		<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação
ILENA ALVES		12/10/2019
		Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
		Milene Alves Alves Médica CRM PE 27.374

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho típic			
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBU
Vínculo com a Previdência			
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado
<input type="checkbox"/> Aposentado		<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Não Segu

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizado		Lod. Órgão Emissor
Documento		Nº de Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF	
Data da Autorização		Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
Setor		

KOTE SEGURU

Erica Araujo

16/10/2020

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ANDRE SANDEIRA DE MELO

Acendimento: 247542

Sexo: Masculino

Prontuário: 776311

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 05

Idade: 31 Anos, 2 Meses e 5 Dias

Diagnóstico Pós Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Atos Operatórios:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA (040801011-8) + TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA (040801015-0) + TRATAMENTO RETRAÇÃO MUSCULAR (040805057-0)

Data: 14/10/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 01. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 01. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECOÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSESSORIA E ANTESEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA PARA ALINHAMENTO E REDUÇÃO
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
NEURÓLISE DE NERVO SUPRA-CLAVICULARES
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICIAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedista / Traumatologista
Cir. Ortoped. e Geral
CRM-PI: 16658 - 16/10/2019

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/10/2020

andre bandeira de melo,,
Sex:Masc.
Data de nascimento:
ID:776311.....

Esq.

Data de aquis.:25/11/201
Hora de aquis.:08:12:5
Índice de exp.:219

OMBRO
AVILAR
W: 4095, L: 2048
ID de técnico:admin
andre bandeira de melo,,
Sex:Masc.
Data de nascimento:
ID:776311.....

Esq.

Escala:0
16cm
Carestream Health R&D Hospital
Data de aquis.:25/11/201
Hora de aquis.:08:10:4
Índice de exp.:159

OMBRO CLAVÍCULA
AP
W: 4095, L: 2048

Escala:0

ANDRE
Sex:Mas
Data de nascimento: 09/08/1988
ID: 776311

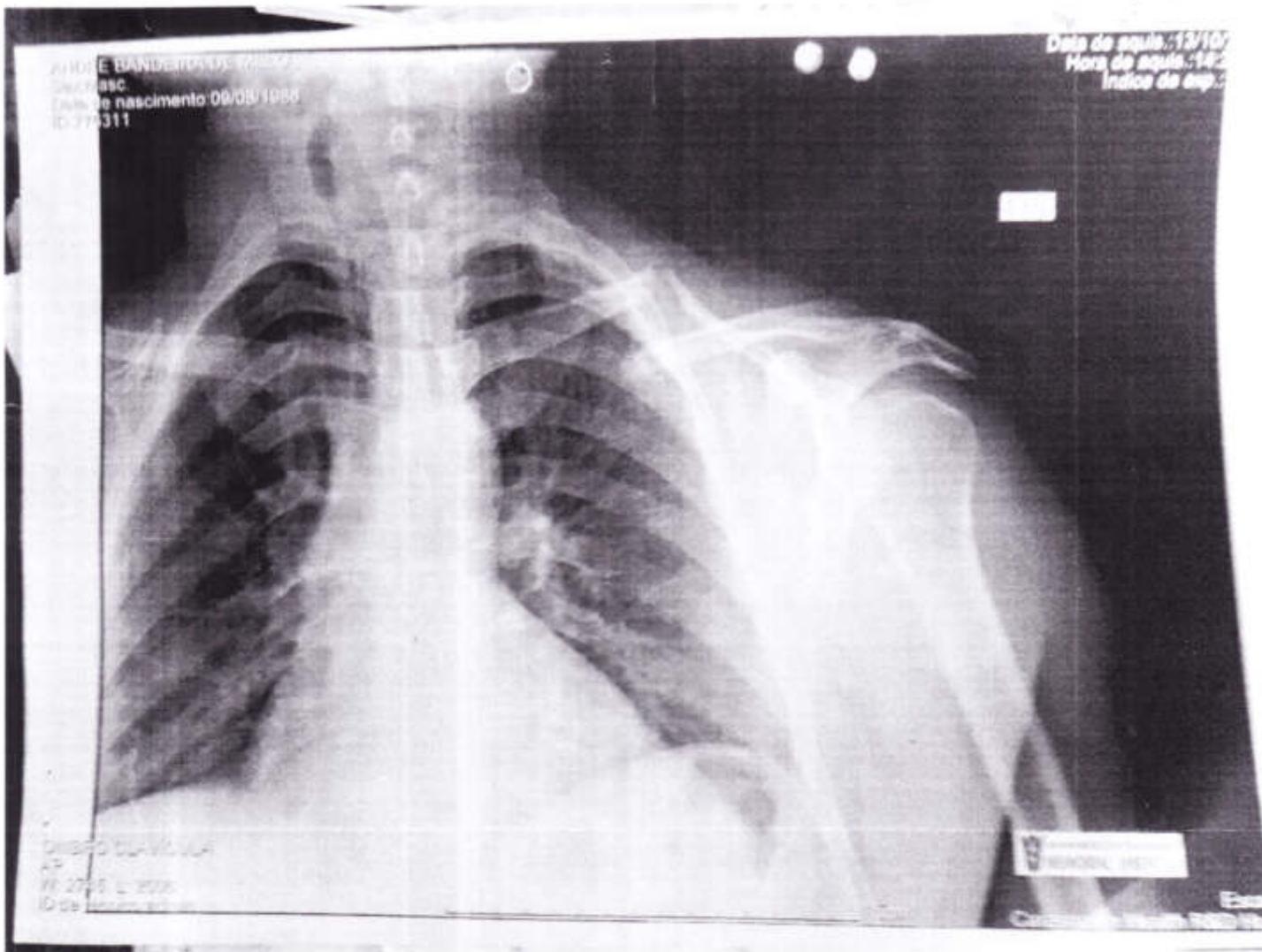
Hora da realização: 10:50h
Início da exp.: 10:50h

OMBRO CLAVICULA
AP
N: 4095, L: 2048
D de técnico: admin

10cm

Escala:
Carestream Health R&D Hospital

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/11/2020



KOTE SEGURANÇA
Erica Araujo
16/10/2020



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
COPA 10/10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028353 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. P 6, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P9, 10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	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: 3200028353 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. P 6, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P9, 10 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028353

Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE BANDEIRA DE MELO

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

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

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028353 **Vítima: ANDRE BANDEIRA DE MELO**

Data do Acidente: 11/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE BANDEIRA DE MELO

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 ombros

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: ANDRE BANDEIRA DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000056155-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

