

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
Ouvíndia 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
ANTONIO JOSE DOS SANTOS
CPF: 171.131.484-68

| | | |
|--|---|--|
| DATA DE VENCIMENTO 15/05/2019 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/05/2019 | CONTA CONTRATO 007021408268 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00 | DATA DA APRESENTAÇÃO 08/05/2019 | Nº DO CLIENTE 2001352785 |
| | NÚMERO DA NOTA FISCAL 061074345 | Nº DA INSTALAÇÃO 0000363856 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI POCO VERDE 40
SITIO POCO VERDE/FAZENDINHA
55660-000 BEZERROS PE

| |
|--|
| CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA URBANA Monofásico |
| RESERVADO AO FISCO 0D96.FE5F.ECB6.8C28.9363.DBA1.B96B.9801 |

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Descrição | Quantidade | Preço | Valor (R\$) | | | | | |
|----------------------------------|------------|------------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|-------------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 703,00 | 0,55872157 | 392,78 | | | | | |
| Acrédito Bandeira AMARELA | | | 2,73 | | | | | |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 19,21 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 414,72 | | | | | |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | | | |
| ICMS | | PIS | COFINS | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO |
| 395,51 | 25,00 | 98,87 | 395,51 | 1,16 | 4,58 | 395,51 | 5,37 | 21,23 |

| Tarifas Aplicadas | | HISTÓRICO DO CONSUMO |
|--------------------|------------|----------------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 0,38255666 | kWh |
| MAI 19 | | 703 |
| ABR 19 | | 554 |
| MAR 19 | | 898 |
| FEV 19 | | 819 |
| JAN 19 | | 897 |
| DEZ 18 | | 938 |
| NOV 18 | | 1038 |
| OUT 18 | | 1106 |
| SET 18 | | 971 |
| AGO 18 | | 802 |
| JUL 18 | | 615 |
| JUN 18 | | 471 |
| MAI 18 | | 400 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|---------------------------------------|-------------|-----------|----------|---------------|--|------------|------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA | ATUAL DATA | LEITURA | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh | DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| 000000000000144510 | CAT | 08/04/2019 | 20.867,00 | 08/05/2019 | 21.570,00 | 30 | 1,00000 | 0,00 | 703,00 | mar/2019 | | | | | |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2019 | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 143,46 | | | | | | | | | | | | | Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. | | |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | | | NÍVEIS DE TENSÃO | | | |
|---|--|--|--|-----------------------|--|--|--|
| Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni ateliê: av prf amaral 80 sao sebastiao. lista completa em www.celpe.com.br ." | | | | TENSÃO NOMINAL(V) | | | |
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . | | | | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | | |
| A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19. | | | | MÍNIMO | | | |
| O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. | | | | MÁXIMO | | | |
| Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês | | | | 220 | | | |
| Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 152,22 . | | | | 202 | | | |
| O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. | | | | 231 | | | |
| | | | | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | |

DESTAQUE AQUI

| | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|--|
| CONTA CONTRATO 007021408268 | MÊS/ANO 05/2019 | TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00 | VENCIMENTO 15/05/2019 | TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |
|--|----------------------------------|--|--|--|

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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
Ouvíndia 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
ANTONIO JOSE DOS SANTOS
CPF: 171.131.484-68

| | | |
|--|---|--|
| DATA DE VENCIMENTO 15/05/2019 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/05/2019 | CONTA CONTRATO 007021408268 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00 | DATA DA APRESENTAÇÃO 08/05/2019 | Nº DO CLIENTE 2001352785 |
| | NÚMERO DA NOTA FISCAL 061074345 | Nº DA INSTALAÇÃO 0000363856 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI POCO VERDE 40
SITIO POCO VERDE/FAZENDINHA
55660-000 BEZERROS PE

| |
|--|
| CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA URBANA Monofásico |
|--|

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

| |
|---|
| RESERVADO AO FISCO 0D96.FE5F.ECB6.8C28.9363.DBA1.B96B.9801 |
|---|

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| Descrição | Quantidade | Preço | Valor (R\$) | | | | | |
|----------------------------------|------------|-------------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|-------------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 703,00 | 0,55872157 | 392,78 | | | | | |
| Acrédito Bandeira AMARELA | | | 2,73 | | | | | |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 19,21 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 414,72 | | | | | |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | | | |
| ICMS | PIS | COFINS | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPPOSTO |
| 395,51 | 25,00 | 98,87 | 395,51 | 1,16 | 4,58 | 395,51 | 5,37 | 21,23 |

| Tarifas Aplicadas | | HISTÓRICO DO CONSUMO |
|--------------------|------------|----------------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 0,38255666 | kWh |
| MAI 19 | | 703 |
| ABR 19 | | 554 |
| MAR 19 | | 898 |
| FEV 19 | | 819 |
| JAN 19 | | 897 |
| DEZ 18 | | 938 |
| NOV 18 | | 1038 |
| OUT 18 | | 1106 |
| SET 18 | | 971 |
| AGO 18 | | 802 |
| JUL 18 | | 615 |
| JUN 18 | | 471 |
| MAI 18 | | 400 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|---------------------------------------|-------------|-----------|----------|---------------|--|------------|------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA | ATUAL DATA | LEITURA | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh | DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| 000000000000144510 | CAT | 08/04/2019 | 20.867,00 | 08/05/2019 | 21.570,00 | 30 | 1,00000 | 0,00 | 703,00 | mar/2019 | | | | | |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/06/2019 | | | | | | | | | | | | | | | |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 143,46 | | | | | | | | | | | | | Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. | | |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | | | NÍVEIS DE TENSÃO | | | |
|---|--|--|--|-----------------------|--|--|--|
| Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni ateliê: av prf amaral 80 sao sebastiao. lista completa em www.celpe.com.br ." | | | | TENSÃO NOMINAL(V) | | | |
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . | | | | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | | |
| A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19. | | | | MÍNIMO | | | |
| O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. | | | | MÁXIMO | | | |
| Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês | | | | 220 | | | |
| Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 152,22 . | | | | 202 | | | |
| O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. | | | | 231 | | | |
| | | | | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | |

DESTAQUE AQUI

| | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|--|
| CONTA CONTRATO 007021408268 | MÊS/ANO 05/2019 | TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00 | VENCIMENTO 15/05/2019 | TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |
|--|----------------------------------|--|--|--|

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kátia Andrade dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.267.504 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484, 68,

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Antônio José dos Santos,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484, 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

| | | | | |
|-----------|----------------------|---------|-----------------|---|
| Endereço: | <u>51 Poco verde</u> | Número: | <u>40</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Fazolinha</u> | Cidade: | <u>Bezerros</u> | Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55660-000</u> |
| E-mail: | | | | Tel.(DDD): <u>(81) 994560670</u> |

Local e Data: Bezerros 05/06/19

Kátia Andrade dos Santos

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kátia Andrade dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.267.504 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Antônio José dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 171.131.484 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

| | | | | | |
|-----------|----------------------|---------|-----------------|------------|-----------------------|
| Endereço: | <u>51 Poco verde</u> | | Número: | <u>40</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Fazendinha</u> | Cidade: | <u>Bezerros</u> | Estado: | <u>PE</u> |
| E-mail: | | | | CEP: | <u>55660-000</u> |
| | | | | Tel.(DDD): | <u>(81) 994560670</u> |

Local e Data: Bezerros 21/06/19

Kátia Andrade dos Santos

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 0800-1592 / Outras cidades: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

Eu, Katia Andreza dos Santos

RG nº 6715082, data de expedição 01/07/14,

Órgão SDS, portador do CPF nº 033.267.504 - 88,

com domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SI Poco Verde, nº 40,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Antonio Jose dos Santos, cujo o condutor era

Antonio Jose dos Santos.

Veículo: Pas/Motocicleta Modelo: Honda/NXR 160 Bros ESD Ano: 2015/2015

Placa: PCB 3935 Chassi: 9C2K00800FR027445

Data do Acidente: 12/03/19

Local e Data: 26/03/2019

Katia Andreza dos Santos ^{2º Cartório}
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone (81) 3726-4462
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 26/03/2019 14:11:16
KATIA ANDREZA DOS SANTOS. Dou fé,
Em testemunho _____ de verdade. Datas R\$ 3,99
Jose Rivaldo Soares de Lima Testemunha Total R\$ 0,80
Selo Digital N° 0077727.GUZ20201903.00352
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





706001868586948

| | | | |
|--|---------------|------------------------|------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO | | CARTÃO DO SUS: | REGISTRO: 919579 |
| DATA: 12-03-19 | | HORA: 13:31 | TELEFONE: |
| NOME: Antônio José dos Santos | | IDADE: 69 anos | |
| NOME DA MÃE: Maria das Graças dos Santos | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 09/11/1949 | | ACOMPANHANTE: | |
| END.: Rua das Flores | Vila União | BAIRRO: Vila União | N.º - |
| CIDADE: Bezerros | SINAIS VITAIS | | |
| PA: 147/85 mmhg | HGT: - mg/dL | T: - °C | PESO: 82 kg |
| | | Técn. Enfermagem/COREN | |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I – Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
- O Politraumatismo/Glasgow </= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorraquia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- Vermelho
 Amarelo
 Verde
 Azul

Queda de Moto (SIE)
Trauma mi pé 10.

Alergias: NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

Ricardo E. de Oliveira
cadêmica de Enfermagem
Mat: 01483504
dr. Jônio de Nassau

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo

Queixas:

Perda de TN e CD.

Exame físico:

H.D.:

Sensação entorpecente.

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: ① Valsalva TEP, IMC

② Drenagem TEP, TNO

③ Laxante + enemas

13/03
Nada

Rx fratura de fibula tipo fibulara.

Imobilização da perna.
AO ORTOPEDISTA.

| TIPO DE CONSULTA | MOTIVO DA ALTA | ÓBITO | ATESTADO |
|--------------------------|--|-------------|--------------------|
| Consulta simples | Melhora | Data: / / | SIM () NÃO () |
| Consulta c/ Observação | Solicitação | | |
| Indicação (Internamento) | Transferência Indisciplina Óbito | Hora: _____ | DIAS: _____ |

Data: 12/03/17

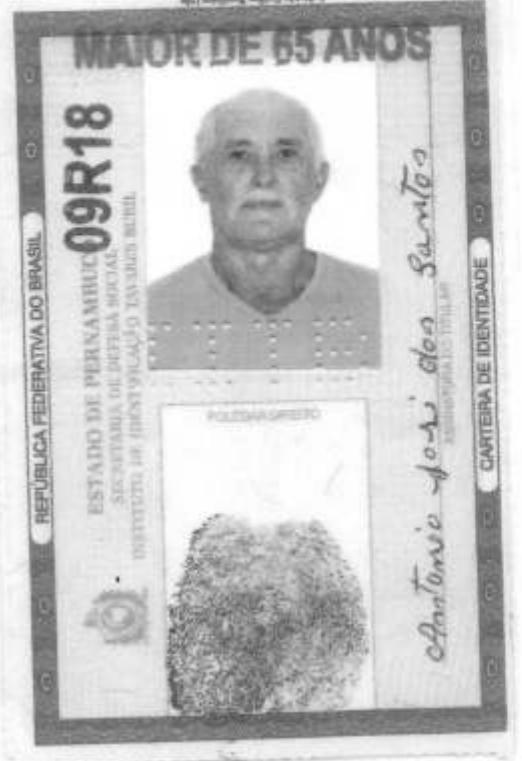
Hora: _____

Dr. Pedro Marques
Médico
CRMF 2777Médico - CREMEPE
(Carimbo)

Eu antonio José dos Santos de CPF
171 131 484-68 RG 1 679 020 dei
entrede em um processo de invalidade
do seguro DPVAT com o numero de
Avalstro 3190 372082, no dia do acidente
procurei atendimentos na unidade
Mista São José em Bezerros que foi
atendidos e diagnosticado com uma
fratura de tornozelo foi imobilizada
com uma bota de gesso passou 60 dias
com o gesso foi realizada fisioterapia
motora e amputação e liberada, porem
continuei com dor e dificuldade de
andar, a seguradora solicitou documentos
de internamento sendo que mal
fiquei internado pois foi um atendimento
de urgencia como consta na documentação
que foi enviada junto com o exame
de raio x mando junto com esse
também um laudo definitivo falando
os sequelas que me resultou o acidente.
Nesta pedir que meu processo seja
melhor avaliado e que realize
uma perícia médica com o médico
da seguradora.

Bezerros 14.08.2019

antonio José dos Santos



| | | | |
|---|------------------|--|-------------------|
| | | VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL | |
| REGISTRO GERAL | 1.679.020 | DATA EXPIRADO | 10/11/2017 |
| NOTAS: | | | |
| << ANTONIO JOSE DOS SANTOS >> | | | |
| << JOSE TOLENTINO DOS SANTOS >> | | | |
| << MARIA ISABEL DOS SANTOS >> | | | |
| INSCRIÇÃO: | | | |
| BEZERROS, I. DE | | | |
| PROVIMENTO: << CC, 5501 L 21 F, FB, 1 CART, | | | |
| 100101ST, BEZERROS, PE, 06.05.1993 >> | | | |
| CNPJ: 17.1.131.484-68 | | DATA DE NASCIMENTO: 09/11/1949 | |
| DELEGADO DE POLICIA CIVIL DELEGADO DE POLICIA CIVIL ASSISTENTE DA POLICIA CIVIL | | | |
| LEIA 1106 DE 29/08/83 | | 222-82.46 - 2.000 | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: KATIA ANDREE DOS SANTOS

DOC. EMISSOR/ÓRG. EMISSOR/UF: 6715082 EDG PR

CPF: 013.267.594-88 **DATA Nascimento:** 13/08/1982

Pai/Mãe: ANTONIO JOHN DOS SANTOS
HERMADSTE BISPO DOS SANTOS

PERMISSÃO: ACC **DATA HAB:** 20/08/2006

Nº REGISTRO: 03369361199 **VALIDADE:** 30/06/2015 **PRIMARIAÇÃO:** 30/08/2006

OBSEVAÇÕES:
sem observações

Katia Andree dos Santos

ASSINATURA DO PUSCONE:

LUGAR: CARNAUBA - PE **DATA EMISSÃO:** 01/07/2014

ASSINATURA DO PUSCONE: P. **DATA EMISSÃO:** 01/07/2014

DETTRAN - PI (PERNAMBUCO)

PERMITIDO PLASTIFICAR

Nº: 962440546

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014488021421
VIA - RENAVAM - R.NTR.C. - EXERCÍCIO
1 1049908721 ***** 2019

NOME
KATIA ANDREZA DOS SANTOS

SEZERROS - PE

CPF / CNPJ
013.267.504-88
PLACA
PCB3935
PLACA ANT / UF
***** / PE CHASSI
9C2KD0800FR027445

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA
COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL
MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 Bros ESD
ANO FAB. ANO MOD.
2015 2015
CAP / POT / CIL.
29/162CL CATEGORIA
PARTIC COR PREDOMINANTE
VERMELHA

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO | VENC. COTA ÚNICA ***** | VENC / COTAS 1° ***** 2° ***** 3° ***** |
| FAIXA IPVA 1 | PARCELAMENTO / COTAS ***** | |

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 SEGURO 0.32 84.58 TOF 11/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
MENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SEZERROS Roberto Carlos Moraes Fontanella
DIRECTOR PRES. EXPEDIR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488021421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

KATIA ANDREZA DOS SANTOS

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/09/19

VIA RENAVAM MARCA / MODELO
013.267.504-88 HONDA / NXR150 Bros ESD
ANO FAB. 2015 CILINDRADA 9
Nº CHASSI 9C2KD0800FR027445

PRÉMIO TARIFÁRIO
RNB (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PAGO (R\$)
4.15 0.32 84.58
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 11/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTE QUE SE GUARDE O BILHETE DPVAT
SÉ NAO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372082 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2(ANEXO)
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372082 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082 **Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 12/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190372082 **Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 12/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KATIA ANDREZA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JOSE DOS SANTOS

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000089016-5**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372082 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2(ANEXO)
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | | | |
|--|----------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | | |
| | 171.131.484-68 | Antônio José dos Santos | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: | | | | |
| Profissão: | Enderéco: | | | |
| Receitor | SI Poco Jende | CPF: | 171.131.484-68 | Número: 40 Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | PE | CEP: 55660.000 |
| SI poco jende/fazendinha | Bezerros | Tel.(DDD): | (81) 9.9456-0670 | E-mail: |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: (2192) CONTA: 89016 (5)

(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)

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, 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 permanentes 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

| | |
|--|---------------------------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data: Bezerros 05/06/19 |
| Nome: | |
| CPF: | |

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura de Antônio José dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Katia Andrade dos Santos
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | | | |
|--|----------------------------|---|-------------------|------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: Antônio José dos Santos | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: Antônio José dos Santos | | CPF: 171.131.484-68 | | |
| Profissão: Recurso | Endereço: SI Poco Verde | Número: 40 | Complemento: | |
| Bairro: SI poco verde/fazendinha | Cidade: Bezerros | Estado: PE | CEP: 55660-000 | Tel.(DDD): 81/9.9456-0670 |
| E-mail: | | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **(2192)** CONTA: **89016** **5**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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

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 por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]:**

- 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.

Pelo motivo assinalado, 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 permanentes 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

| | | | |
|--|--|--|-------------|
| MORTE | Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, Bezerros 21/06/19 | TESTEMUNHAS |
| | Name: | 1º Nome: _____ | |
| | CPF: _____ | CPF: _____ | |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO | | Assinatura | |
| Antônio José dos Santos | | 2º Nome: _____ | |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | | CPF: _____ | |

| | | |
|---|--------------------------------------|------------|
| Assinatura do Representante Legal (se houver) | Katia Andrade dos Santos | Assinatura |
| | Assinatura do Procurador (se houver) | |
| | Assinatura | |

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181000940**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2019** às **10:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/3/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... (AUTOR / AGENTE)
KATIA ANDREZA DOS SANTOS (OUTRO)
ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS

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

ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZABEL DOS SANTOS**
Pai: **JOSÉ TOLENTINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/11/1949** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **1679020/SDS/PE (RG), 17113148468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade:

DESCONHECIDO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:

- 978006436

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

KATIA ANDREZA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA ANDREZA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB3935** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104990672** Chassi: **9C2KD0800FR027445**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , O MESMO NOTICIA QUE NA DATA E LOCAL SUPRA MENCIONADOS ESTAVA VOLTANDO PARA A SUA RESIDÊNCIA E NO SENTIDO CONTRARIO VINHA UM CAMINHÃO DE DADOS NÃO FORNECIDO , QUE O MESMO SAIU DE SUA MÃO E VEIO EM SUA DIREÇÃO ELE AO TENTAR SE DESVIAR PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR , SENDO ASSIM SOFRENDO ESCORIAÇÕES E LESÕES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO Nº919574 DATADO DE 1203/2018 . PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

Antônio José dos Santos

**ANTONIO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181000948**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **09:13**

Complementa o BO Número: **19E0181000940**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/3/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE** - Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

... (AUTOR \ AGENTE)
KATIA ANDREZA DOS SANTOS (OUTRO)
ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**

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

ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA IZABEL DOS SANTOS**
Pai: **JOSÉ TOLENTINO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **9/11/1949** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1679020/SDS/PE (RG), 17113148468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 973000436

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, SITIO POÇO VERDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

KATIA ANDREZA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA ANDREZA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB3935** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104990672** Chassi: **9C2KD0800FR027445**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA , O MESMO NOTICIA QUE NA DATA E LOCAL SUPRA MENCIONADOS ESTAVA VOLTANDO PARA A SUA RESIDÊNCIA E NO SENTIDO CONTRARIO VINHA UM CAMINHÃO DE DADOS NÃO FORNECIDO , QUE O MESMO SAIU DE SUA MÃO E VEIO EM SUA DIREÇÃO ELE AO TENTAR SE DESVIAR PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR , SENDO ASSIM SOFRENDO ESCORIAÇÕES E LESÕES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ ONDE DERA ENTRADA CONFORME REGISTRO Nº919574 DATADO DE 1203/2018 . PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABÍVEIS.

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

**ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

171.131.484-68

Nome completo da vítima:

Antônio José dos Santos

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

Nome completo:

Antônio José dos Santos

CPF:

171.131.484-68

Profissão:

Revisor

Endereço:

SI Poco Verde

Número:

40

Complemento:

Bairro:

SI poco verde/fazendinha

Cidade:

Bezerros

Estado:

PE

CEP:

55660.000

E-mail:

SI.poco.verde/fazendinha@bol.com.br

Tel.(DDD):

(81) 9.9456-0670

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: _____

AGÊNCIA: (2192)

CONTA: 89016

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, 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 permanentes 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bezerros 05/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Katia Andrade dos Santos
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



706001868586948

| | | | |
|--|---------------|------------------------|------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO | | CARTÃO DO SUS: | REGISTRO: 919579 |
| DATA: 12-03-19 | | HORA: 13:31 | TELEFONE: |
| NOME: Antônio José dos Santos | | IDADE: 69 anos | |
| NOME DA MÃE: Maria das Graças dos Santos | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: 09/11/1949 | | ACOMPANHANTE: | |
| END.: Rua das Flores | Vila União | BAIRRO: Vila União | N.º - |
| CIDADE: Bezerros | SINAIS VITAIS | | |
| PA: 147/85 mmhg | HGT: - mg/dL | T: - °C | PESO: 82 kg |
| | | Técn. Enfermagem/COREN | |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I – Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
- O Politraumatismo/Glasgow </= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
- O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorraquia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- Vermelho
- Amarelo
- Verde
- Azul

Queda de Moto (SIE)
Trauma mi pé 10.

Alergias: NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

Ricardo E. de Oliveira
cadêmica de Enfermagem
Mat: 01483504
dr. Jônio de Nassau

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo

Queixas:

Perda de TN e CD.

Exame físico:

H.D.:

Sensação entorpecente.

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: ① Valsalva TEP, IMC

② Drenagem TEP, TNO

③ Laxante + enemas

13/03
Nada

Rx fratura de fibula tipo fibulara.

Imobilização da perna.
AO ORTOPEDISTA.

| TIPO DE CONSULTA | MOTIVO DA ALTA | ÓBITO | ATESTADO |
|--------------------------|--|-------------|--------------------|
| Consulta simples | Melhora | Data: / / | SIM () NÃO () |
| Consulta c/ Observação | Solicitação | | |
| Indicação (Internamento) | Transferência Indisciplina Óbito | Hora: _____ | DIAS: _____ |

Data: 12/03/17

Hora: _____

Dr. Pedro Marques
Médico
CRMF 2777Médico - CREMEPE
(Carimbo)

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 00000089016-5

Nr. da Autenticação E6E88804DEFEF469