

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA

Descrição do exame APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNAS DIREITA COM PERDA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA
físico: IMPORTANTE

Resultados terapêuticos: LEVE DESVIO DE EIXO DA PERNAS DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.2,3 **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR(25%) - R\$2.362,50.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

CPF: 120.923.084-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA
BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA : 120.923.084-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659301 **Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 20/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000026624284-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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



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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 27 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190659301**

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15299338

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 120.923.084-40 4 - Nome completo da vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo:	MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA		6 - CPF:	120.923.084-40
7 - Profissão:	8 - Endereço:	20 LAGOA NOVA	9 - Número:	11
11 - Bairro:	12 - Cidade:	SURUBIM	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:			14 - CEP:	55750-000
			16 - Tel.(DDD):	81-99700-1998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: CONTA: 266.242.84
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Surubim 25/11/2019*

Mateus Oliveira Barbosa da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190659301
Nome do(a) Examinado(a): Mateus Oliveira Barbosa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Lo Lagoa Nova, 11 Casa
Lagoa Nova Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9695900
Data local do acidente: [20/02/2019]
Data local do exame: [23/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FARTURA DE TIBIA E FIBULA COM FIXADOR EXTERNO, POSTERIORMENTE COM PLACA E POR FIM PLACA COM ENXERTO ÓSSEO

Complicações: REFRATURA, SEM OUTRAS COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 10/12/2019

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

APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA Perna DIREITA COM PERADA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA IMPORTANTE

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

(X) Sim **Não**

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

(X) Sim **Não**

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

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM Perna DIREITA

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual **(X) 25% leve**
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

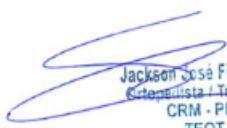
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Vitima já indenizada por dano leve do membro inferior direito.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson José Florêncio Júnior
Cirurgião / Traumatologista
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206000934

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/04/2019 às
11:57

Complementa o BO Número: 19E0206000867

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 20/2/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 1, PE 90 - TREVO** - Bairro: **CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUISMAR PAULINO DE ANDRADE (OUTRO)
MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

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

LUISMAR PAULINO DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA** Pai: **EZEQUIEL BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/1998** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 11, SITIO LAGOA NOVA - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUISMAR PAULINO DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR 200R** Objeto apreendido: **Não** Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJE 8148** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **764417968** Chassi: **9C2MD28881R020887**
Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001**

Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE CONDUZIA O VEICULO EM TELA PELO ENDEREÇO JA MENCIONADO QUANDO FOI TRANCADO POR UM TOYOTA DE PLACA NAO ANOTADA, ONDE O SR-MATEUS CAIU DA MOTO, TENDO VARIAS ESCORIAÇÕES ALEM DE QUEBRAR A Perna DIREITA. A MOTO TEVE DIVERSAS AVARIAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DE SURUBIM E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NA CIDADE DE RECIFE. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

**MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RONALDO SEVERINO DOS SANTOS** - Matrícula: **358981-0**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 120.923.084-40 4 - Nome completo da vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo:	MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA		6 - CPF:	120.923.084-40
7 - Profissão:	8 - Endereço:	20 LAGOA NOVA	9 - Número:	11
11 - Bairro:	12 - Cidade:	SURUBIM	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:			14 - CEP:	55750-000
			16 - Tel.(DDD):	81-99700-1998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: CONTA: 266.242.84
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	--	--	--	--	---

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Surubim 25/11/2019*

Mateus Oliveira Barbosa da Silva

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: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000026624284-0

Nr. da Autenticação 56200451CCA04DA4



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO LAGOA NOVA 11

CPF 026 811 814-02 NIS 20922664239

LAGOA NOVA/LAGOA NOVA
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
084845205	UNICA	14/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/11/2019	2002181838	3772114

NOTA CONTRATO	PERÍODO
4003479558	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO DE PAGAMENTO
22/11/2019	17/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
132,76	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	30,000000	0,28247243	7,87
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,000000	0,44995274	31,49
Acréscimo Bandeira AMARELA	93,000000	0,87492811	82,76
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,53
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,78
Multa por atraso-NF 081069203 - 15/10/19			22,30
Juros por atraso-NF 081069203 - 15/10/19			2,18
Atualizaçāo IGP-M/IF 081069203 - 15/10/19			0,53
Atualizaçāo IGP-M/IF 081069203 - 15/10/19			0,34

TOTAL DA FATURA

132,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
50236560	CAT	15-10-2019	23 729,00	14-11-2019	23 922,00	30	1,00000	193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	VALOR
NOV 19	193
OUT 19	180
SET 19	134
AGO 19	163
JUL 19	165
JUN 19	191
MAR 19	230
ABR 19	174
MAR 19	173
FEV 19	172
JAN 19	198
DEZ 18	214
NOV 18	166

BASE DE CÁLCULO

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

Consumo Ativo superior a 220 kWh

Consumo Ativo superior a 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 945.234.444-04

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
0797/28697	UNICA	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREGAÇA/PROXIMA FATURA
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	108.000000	0,81069952	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 068224778-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 072044282-05/08/19			0,80
Multa por atraso-NF 075848284 - 04/09/19			1,35
Juros por atraso-NF 075948284 - 04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
IC07914	CAT	04-09-2019		26.129,00		07-10-2019	26.237,00	33	1.00000		108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	GERAÇÃO DE ENERGIA	TRANSMISSÃO	DISTRIBUIÇÃO (CELPE)	PERDA DE ENERGIA	ENCARGOS SETORIAIS	TRIBUTOS	TOTAL
OUT 19 - 106		R\$ 29,45	R\$ 3,23	R\$ 19,81	R\$ 6,17	R\$ 4,81	R\$ 29,99	R\$ 93,66
SET 19 - 81								
AGO 19 - 113	ICMS	93,06	25,00	23,26	1,20	5,53		
JUL 19 - 113	PIS	93,06	1,29					
JUN 19 - 162	COFINS	93,06	5,95					
MAI 19 - 153								
ABR 19 - 172								
MAR 19 - 168								
FEV 19 - 162								
JAN 19 - 133								
DEZ 18 - 176								
NOV 18 - 185								
OUT 18 - 133								

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

CONSUMO ATIVO(kWh)	TARIFAS APLICADAS	VALOR TOTAL
		R\$ 54933000

RESERVADO AO FISCO

EBBA BE25 EDBD 68EF C000 FBC5 B302

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peçam no ponto mais perto de você a fatura comprovativa de consumo, que deve ser emitida no centro / fármacia costa. Esta fatura amarra de minima Na data de baixa e é considerada em vigor à Amarela. Mais informações em www.anatel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção, conforme Decreto Estadual 36.459/13. Cobrança ICMS sobre subvenção-CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. Pode ser considerado quando houver violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando não é cumprimento do prazo definido para os serviços de atendimento comercial.

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

CELPE
Servícios

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. NOVRA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.923.084-40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.923.084-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua João Batista</u>		Número	370	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	CENTRO	Cidade	<u>SURUBIM</u>		Estado	PE
Email	<u></u>		Telefone comercial(DDD)	81-99700-1998	Telefone celular (DDD)	81-99161-3907

Surubim, 25 de Novembro de 2019
Local e Data

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



MÉDICO REGULADOR Dr. Tadel			TARM			OPERADOR DE FROTA mele	
IDENTIFICAÇÃO	DATA 20/09/19 08:10	HORA 08:10	ID	Nº OCORRÊNCIA 559192026	UNIDADE MÓVEL 5.B Samu Orobó	BASE DA UNIDADE Nº S/N	
	ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA PE-90			BAIRRO Encruzilhada			MUNICÍPIO Bom Jardim
PONTO DE REFERÊNCIA Próximo ao Posto de gasolina Encruzilhada			NOME DA VÍTIMA mateus oliveira Barbosa da Silva 22			IDADE 22	SEXO M F
SOLICITANTE/FONE marta						CARTÃO DE SAÚDE - SUS	
QUEIXA Dor em M18 + Sangramento							
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Sangramento no destino	Saída no destino	Chegada na base	Chegada na base
08:11	08:15	08:50	09:15	10:00	10:20		

Orientação Transporte Transferência Cancelada antes da regulação Local não encontrado Cancelada

Transferência (senha)

Tipo de Traje:

- Acidente Trânsito: motocicleta Pedestre Condutor do veículo Passageiro do veículo Agressão Clínico Desabamento/Soterramento

- Eletrocussão FAB FAF Gineco-obstétrico Lesões térmicas Pediátrico Psiquiátrico Quase Afogamento

- Queda meio Queimadura Térmica Química Elétrica Outros:

Antecedente:

- AIDS Alcoolismo Alergia AVC Cirurgias Realizadas

- Convulsões Diabetes Doença Cardíaca Doença Infecto contagiosa Doença Mental Doença Renal

- Drogadição Hipertensão Arterial Internamentos anteriores Medicamento: Problemas Respiratórios Outros: não tem

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
 Agitação/agressividade
 Alergia
 Ausência de pulso
 Cianose

- Convulsão Diarréia Dificuldade Respiratória Dor Local Febre Inconsciente/Desmaio

- Palidez Sangramento Vômito Outros:

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemias	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio	08:20/20/80	21	101	36,5	102	99	15
Fim	09:20/20/80	21	101	36,5	102	99	15

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- Livre Obstrução Parcial Total Corpo Estranho Bronco Aspiração Edema de Glote OBS

Achados Crepitação Enfisema Subcutâneo Expectorção mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico Outros

Respiração/Ventilação:

- Espontânea Parada Respiratória Assistida Ritmo Irregular

Auscultar:

- Normal Roncos/sibilos Esteriores Diminuição MV Ausência MV

Exaerobilidade:

- Normal Superficial Regular Irregular

CIRCULAÇÃO

- Pele Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros:
- Edema Ausente Palpebral M Inferiores Anasarca
- Perfusion Normal Retardada Ausente
- Pulso Regular Irregular Fino Cheio Ausente
- Ausculta Normal Hipofonese Atrito pericárdio Arritmia Sopro
- ECG Normal Alterado Não realizado

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pélve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Aceleração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES

Fratura
Exposta do
osso Fibula
e tibio +
Sangramento

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Sono/Es
- Coma
- Contusão
- Convulsão
- Otorragia Direita
- Agitação
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Guaxinim direito
- Sinal de Guaxinim esquerdo
- Rigidex de nuca
- Afasia

- Miase Direita
- Miase Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Paresia
- Anestesia

- Parestesia
- Arreflexia
- Pupila reagente
- Pupila não reagente
- outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- Dolor/Tranq
- Turgência jugular
- Enfisema subcutâneo
- Outros:

Abdômen:

- Distensão
- Doloroso/Defesa
- Espplenomegalia
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outros

Urogenital:

- Anúria
- Glorjano Direito
- Glorjano Esquerdo
- Hematuria
- Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento
- Hemorragia vaginal
- Normal
- semanas
- Outros:

- Trabalho de parto:
- 01 cont./10m
- 1-3 cont./10m
- 3-5 cont./10m
- Bolsa rôta
- Sangramento

PROCEDIMENTOS:

- Desobstrução Vias Aéreas
- Entubação Nasotraqueal
- Câmla Orofaringea
- Cricototrioidostomia
- Ventilação Mecânica Ambu
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentose c/ Agulha Direita

APGAR:

- Toracocentose c/ agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardioversão
- Controle Hemorragia
- Curativo
- Punção Venosa Periférica
- Punção Venosa Central

Nascimento

- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical
- Sedação
- Imobilização Membros
- Colar Cervical
- Talas/Tração
- Entubação Orotraqueal
- Traqueostomia
- Monitoração cardíaca / Oximetria
- Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500				
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: U PA 24 hora

MUNICÍPIO: Supertiém - PE

INTERCORRÊNCIA: clínica médica

Assinatura e carimbo do médico
(Unidade de destino)

HORA:

PERTENÇES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor
	VIA	
	VIA	

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dr Tadeu</u>	<u>Rafael Rodolfo Edicelde</u>		

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANO, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:

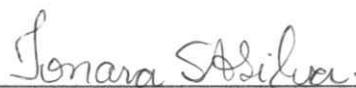
- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Mateus Oliveira da Silva**, nascido no dia 24/09/1996, filho da Sra. **Maria Edilene Barbosa de Oliveira** e do Sr. **Ezequiel Barbosa da Silva**. Residente em Lagoa Nova nesta Cidade. Solicitou no dia 18/11/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente (queda de moto).

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda** no dia 20/02/2019 pelo médico plantonista **Dr. Pedro Henrique Araújo CRM – 25831.**

Surubim, 18 de novembro de 2019.

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


Ionara Soares de Andrade Silva

SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00055742

Identário: 31300 **CNS:** 164236721570018 **Idade:** 22 Anos 4 Meses 27 Dias **Sexo:** MASCULINO
Nome: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA **Nascimento:** 24/09/1996 **Est.Civil:** SOLTEIRO(A)
End.: LAGOA NOVA **Nº:** **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000
Cidade: SURUBIM **Nac.:** BRASILEIRA **Doc nº:** 9695900
Mãe: MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA **Pai:** EZEQUIEL BARBOSA DA SILVA
Profissão: ESTUDANTE **Responsável:** **Tel.:** 81 99283275

Últimas Ocorrências:

Data: **Hora:** **Nº Ocorrência:** **Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**

20/02/2019 09:11 55742 CONSULTA SAMU ~~sentido~~ DROBO
10/03/2018 17:22 1459 CONSULTA

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
					<i>Feito em 09/35</i> José Henrique de Lima Téc em Enfermagem COREN PE - 83.389

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

RF sepe quebra do
nol cerce de
1 hora, presente
fratura exposta
em ferma D.
soc/afk: NDN
refere dor em perna

TRATAMENTO:

1 Depressa Olaria
2 SFG 1000ml
3 Domicílio Rx
Série facetas

XAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Fratura: Fractura

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA INTERNADO

CURATIVO BÁSICO ESP

TÉCNICO / COREN

USTIFICATIVA:

NEBULIZAÇÃO

RETIRADA DE PONTO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

ás _____ h _____ m do dia _____

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA URG. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

OBS. BÁSICA

OBS. ESPECIALIZADA

CRM / PE 25831
Henrique Araújo

HORÁRIO:

DATA SÁIDA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

DATA: 20/02/2019 09:11:40

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS

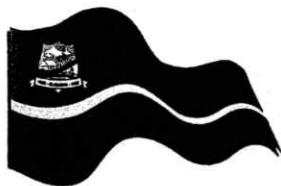
10.10 - Paciente estabeleu que se machucou
refere dor no local da fratura *data: 10.29*

CD: 1) Trauado de ombro SPOG X. *data: 10.29*
2) As osteoperdratas - HOF

Ser. n.º 5624341

*CPM-PE 2583
Medico
Pedro Henrique Araujo*

*Dulcinea Silva
Téc. Enfermagem
COREN PE 842.622*



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

ana 5624541

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

Hospital Local: PA Surubim	Município: Surubim			
Nome do Paciente: Leandro Oliveira Barbosa da Silva	data de Nascimento: 24/08/96			
Quadro Clínico: paciente, 22 anos, com quadro de sede de metade das 02 horas. Apresenta febre 38,5°C, dor no peito direito. RX evidencia patologia de tórax e fígado. ECG 15; PA: 120/70 mmHg. Sclerat analisadas em alta glicose.				
HDR febre de fígado e tórax D				
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente <i>Pedro Henrique</i>	CRM: 25831 DATA: 29/2/19			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão <i>Pedro Henrique</i>	COREN: DATA: 			
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino: Centro de Saúde Motivo (Registro Detalhado) febre de fígado e tórax D	Município: 	Hora Saída	Hora Chegada
	Assinatura do (a) médico (a): <i>Pedro Henrique</i>	CRM: 25831		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino: Centro de Saúde Motivo (Registro Detalhado) febre de fígado e tórax D	Município: 	Hora Saída	Hora Chegada
	Assinatura do (a) médico (a): <i>Pedro Henrique</i>	CRM: 25831		
Assinatura do Responsável				
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:		
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:		



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Musteus O. B. Sales Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

hanc

Belmo para os exames fez par o paciente
Na sua etapa foi submetido o tratamento
mento comínico e frisa
Moxibust. No momento, leva
longas para o exame e profecapis

C.R. (6) = 582.1

Dr. Alex Rocha
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23103

23/10/09

Data: _____

Médico-CRM

075-HOF



Período Pernambuco

SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Procedencia: _____

LAUDO MCRB

Paucate MAFUS occidentalis
BANBIA n 111A.22. com
Habitat n Auditorio de la U
en 2010-2011 se habilita
FNU para el 2011 en PAM
DIRECTOR RECEPCION n 120
CCAA y CCAA n 100 n 100-
TANCA n 100 AGRUPACION
PARA DIFERENTES
CCAA 5800
2010-2011
Mercedo

Data: / /

Médico-CRM

Dr. Silvio Maccôdo
Ortopedie
CRM: 9756

075-HOF



** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: MATHEUS OLIVEIRA BAÍA BOSCO
Reg.: 1080503 Enf.: 04 Leito: 312713

DATA DE ENTRADA: 16/03/83 DATA DE SAÍDA: 31/07/83

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: GUSCOSA DE MOTORICOS
de ferida tibial direita

DIAGNÓSTICO FINAL:

Rodo tipo
Fibras de fibra e
PARAFUSOS E FERIMENTO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): 29/07/83

DEVERÁ COMPARCER AO AMBULATÓRIO DE: Dr. MACHADO

PARA CONTROLE EM: 30/07/83

Francisco J. Suassuna Cavalcanti,
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4568

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias Nasc. 24/09/1996
Sexo: MASCULINO CNS: 703406537886800 Contatos: 81. 97350648 | Celular: 81.
Mãe: MARIA EDILENE BARBOSA DE OLIVEIRA
Endereço: LAGOA NOVA , N.º 11 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: SURUBIM - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 20/02/2019 14:04
Prontuário: 1080564
Nº. Atendimento: 3301642
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

— Queixa Principal

DOR, DEFORMIDADE E EDEMA EM MID

— História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ, +7H ENCAMINHADO DE SURUBIM COM DIAGNOSITO DE FX EXPOSTA DA TIBIA DIREITA. CHEGA APENAS COM A IMOBILIZAÇÃO EM MID. NEGA DESMAIOS OU VOMITOS, NEGA DOR EM OUTROS SEGMENTOS OSTEOARTICULARES.

— Exame Físico

VIAS AEREAS PERTURBADAS, EUPNÉICO, CORADO, GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM MID, PERFUSÃO MANTIDA, NÃO CONSIGO PALPAR PULSO PEDIOSO NEM TIBIAL POSTERIOR NESTE MEMBRO, PRESENÇA DE FERIMENTO +2CM ANTERIOR NA Perna.

— Observações

NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADES
DT HÁ MAIS DE 10ANOS

— Conduta

RX - FRATURA EXPOSTA TIBIA DIR

INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA

THIAGO LUIZ DE LIMA CINTRA - CRM: Nº.CRM18418

21/06/19
De aeroporto com
De originação.
Joe

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO**Atendimento** 3301698**Leito:** TRAU 27-03 - POSTO III **Admissão:** 20/02/2019 15:46**Convênio:** SUS - INTERNACAO**Plano:** PLANO UNICO**EVOLUÇÃO: 472484 (FECHADO)**

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM Data de Referência: 04/03/2019
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Data/Hora do Documento: 04/03/2019 08:53

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 12 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA Perna D.
EXAMES PRE OPERATÓRIOS JA REALIZADOS.

PREVISÃO DE RETIRAR FIXADOR EXTERNO APÓS O CARNAVAL.

PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO, Perna Direita com EDEMA (+2/+4)
CD MANTIDA.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 473979 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Data de Referência: 07/03/2019
Data/Hora do Documento: 07/03/2019 09:43

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 14 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA Perna D.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO, Perna Direita com EDEMA (+1/+4).
AGUARDANDO RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.
CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1080564
CLINICO: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 04-01

OPERADOR: DR MAURÍCIO

1º ASSISTENTE: DR JOAQUIM / DR ULYSSES	2º ASSISTENTE: DR ARTUR / DRA LIS
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA ANA JUCÁ
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 29/03/2019 | INÍCIO: | FIM:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: DEFORMAÇÃO DE SÍNTSE DE FRATURA DE OSSOS DA Perna A DIREITA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: CORREÇÃO DE DEFORMAÇÃO DE SÍNTSE DE FRATURA DE OSSOS DA Perna A DIREITA + ENXERTO ÓSSEO

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM CICATRIZ PRÉVIA (ANTEROMEDIAL À DIREITA)
5. RETIRADA DE OSTE OSSÍNTESE PRÉVIA
6. RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO DA TÍBIA LATERAL EM CUNHA
7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRAGMENTOS DISTAL E PROXIMAL DA TÍBIA
8. FIXAÇÃO DA REDUÇÃO COM PLACA DCP 4,5 E 8 PARAFUSOS CORTICais
9. INCISÃO EM CRISTA ILÍACA NA LINHA INTERMEDIÁRIA
10. DIVULSÃO POR PLANOS
11. RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DA ÁREA INTERNA DA CRISTA ILÍACA
12. COLOCAÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO EM ÁREA DE DESCONTINUIDADE DA TÍBIA
13. FIXAÇÃO DE FRAGMENTO EM CUNHA COM 1 PARAFUSO CORTICAL DE COMPRESSÃO
14. SUTURA POR PLANOS DAS INCISÕES
15. CURATIVO
16. A SR

Is Coelho Fortes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27890

OBS: SÍNTESE DE PROGNÓSTICO RESERVADO DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO (PERDA ÓSSEA IMPORTANTE, COM PEQUENO CONTATO PRESERVADO ENTRE OS FRAGMENTOS)

OBS: PROGNÓSTICO RESERVADO TAMBÉM DEVIDO À REABORDAGEM EM UM PERÍODO CURTO DE TEMPO. PACIENTE SOFREU UM NOVO ACIDENTE HÁ 5 DIAS, ANGULANDO A PLACA COLOCADA E SENDO PORTANTO, NECESSÁRIA A REABORDAGEM

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	PLACA DCP 4,5
	09 PARAFUSOS CORTICais

W S Coelho Fortes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27890

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 476458 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Data de Referência: 12/03/2019
	Data/Hora do Documento: 12/03/2019 07:47

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PCT NO 18 DPO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA Perna D. PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO, Perna Direita com EDEMA (+1/+4). AGUARDA SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO PROGRAMADO PARA HOJE.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 477106 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Data de Referência: 13/03/2019
Data/Hora do Documento: 13/03/2019 07:57

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

HD: DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA Perna D.
PCT EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.
SEGUE AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE CX.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1080564 - MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Idade: 22 Anos 8 Meses 28 Dias

Data de Nascimento: 24/09/1996

Prestador Assistente: DANIEL CAMPOS DOS SANTOS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 15126

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3301698

Leito: TRAU 27-03 - POSTO III Admissão: 20/02/2019 15:46

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 477731 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Data de Referência: 14/03/2019
Data/Hora do Documento: 14/03/2019 07:53

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

HD: DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA Perna D.
PCT EVOLUI EM BEG. VEM APRESENTANDO FASCIE DE TRISTEZA, DEPRESSIVO. SEM INTERCORRÊNCIAS, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.
SEGUE AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE CX.
SOLICITO PARECER DO PSICÓLOGO.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Atendimento: 3314171

Dt Atendimento: 20/02/2019 - 10:08

Dt Alta: 01/04/2019 - 17:15

Paciente: 1080564 MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 120 TRAU 04-01 - POSTO I Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: EDINEIDETSF

Diretor Clínico:

CID: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

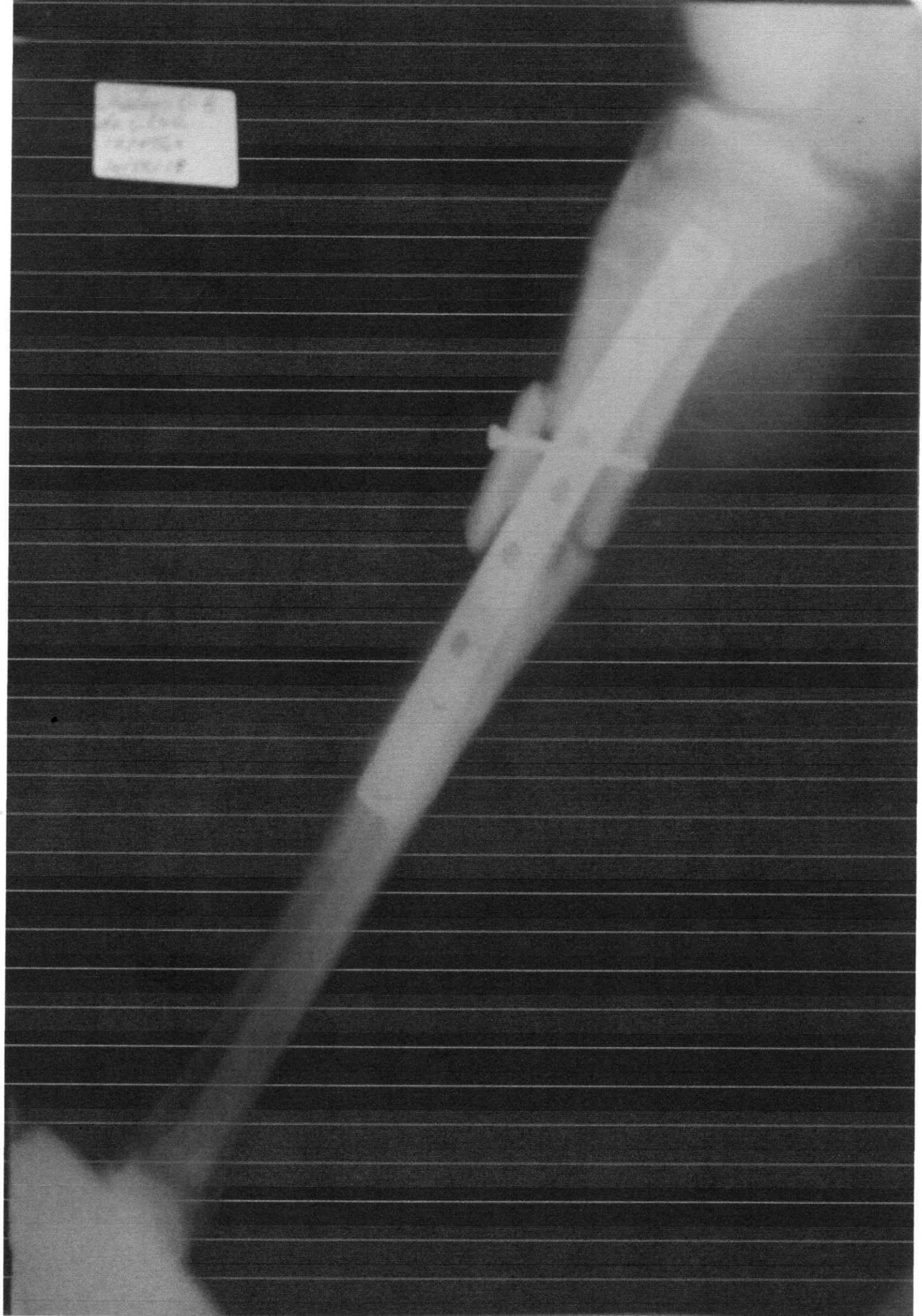
Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

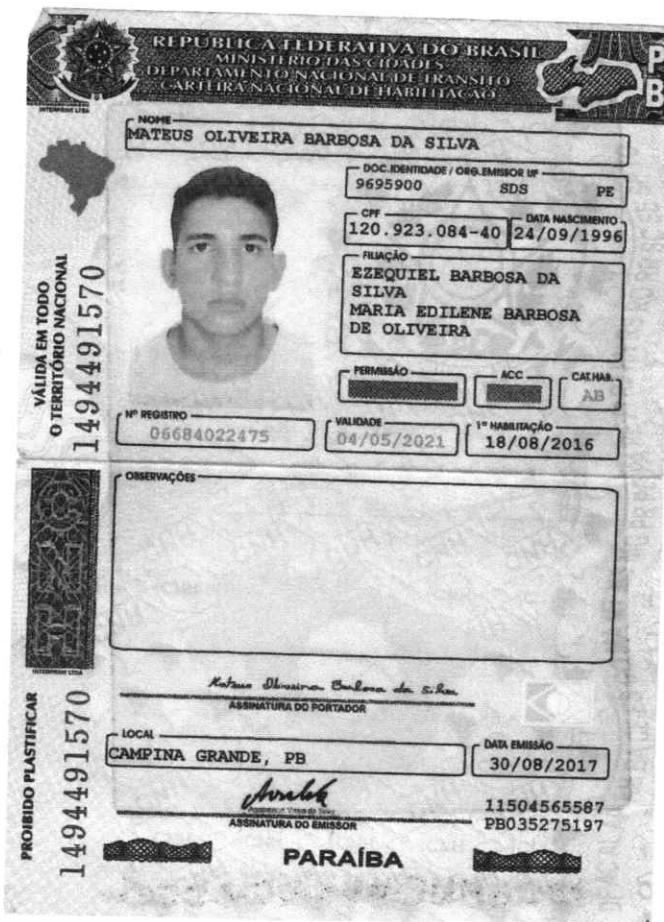
Observação de Alta



1970s
Chile
Bonnie

25C3







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETAN-PE

Nº 013816902099

10250124505

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

DETAN-PE

VIA

764417906

RNTRC

NO MEU ENDERECO
LUISMAR PAULINO DE ANDRADE
RUA MANOEL ANASTACIO RODRIGUES 1
15 C2 LAGOA NOVA
SURUBIM-PE 55750-000

010.113.194-11

PLACA

EJE5148

NO MEU INTERIOR
ANTONIO FRANCISCO DE MOURA NETO

PLACA ANT/UF

CHASSI

GC2MD20001R020997

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/XR 200R

ANO FAB/ANO MOD
2001 2001

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

20/196CL

PARTIC

BRANCA

20105380

OBSERVACOES

SEM RESERVA

LOCAL

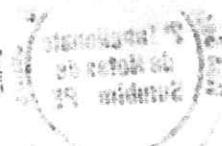
DATA

05/06/18

SURUBIM-PE

Charles Andrade Souza Ribeiro

Intendente DETAN-PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

CPF: 120.923.084-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA
BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA : 120.923.084-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/11/2019

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

Data do cadastramento: 26/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

SURUBIM (PE), 04 DE DEZEMBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190659301

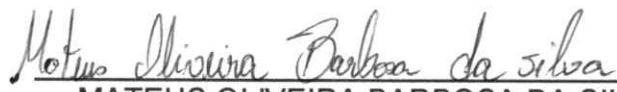
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 20/02/2019, onde sofri FRATURA EXPOSTA NA MINHA Perna DIREITA COLOQUEI PLACA E PARAFUSO fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.



MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA

Descrição do exame APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTECURVATO DA PERNAS DIREITA COM PERDA CO ALINHAMENTO E PRESENÇA
físico: IMPORTANTE

Resultados terapêuticos: LEVE DESVIO DE EIXO DA PERNAS DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659301 **Cidade:** João Alfredo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS / ENXERTO ÓSSEO P.11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.2,3 **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR(25%) - R\$2.362,50.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC. INFORMAR
IDENTIDADE: 9695900 SDS/PE – CPF: 120.923.084-40
DATA DO ACIDENTE: 20/02/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: LO LAGOA NOVA , Nº 11, LAGOA NOVA, SURUBIM – PE

OUTORGADO

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

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

SANTA MARIA DO CAMBUCA- PE 20 DE NOVEMBRO 2019



Mateus Oliveira Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

Rua Sete de Setembro, 10, Centro - Surubim-PE

Fone: (81) 3634-1413 E-mail: cartorio2notassurubim.creusa@gmail.com

Creusa Maria Silva de Lima - Tabelária Pública

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firmas(s) de: (1) MATEUS

OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Dou fe. Surubim, sexta-feira, 22 de novembro de 2019 -

10:23h

Em Testemunho _____ da verdade.

Elizabeth Lira de Andrade Cadena, 2º Substituta

Total: 4.91 *VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE*

Selo(s): 0073214.GQ010201902.02826-Rua Sete de

Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE

Consulte online: www.tabelionato2notassurubim.jus.br/selodigital

INHACER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417336/19

Número do Sinistro: 3190659301

Vítima: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

CPF: 120.923.084-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: MATEUS OLIVEIRA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 11/12/2019

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

Data do cadastramento: 11/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos