

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1419140543

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA.
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-06
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 115
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
 do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
 Ligação Gratuita de Telefones Fícos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! AGNALDO COSTA DE SOUZA	DATA DE VENCIMENTO 29/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/01/2020	CONTA CONTRATO 1315596021
ENDEREÇO APOS A JOSE ARAUJO 1 ^a A DIREITA - RUA JOSE CARVALHEIRA 203 AP-502 - COND EDIFÍCIO VIOLETA - TAMARINEIRA/RECIFE -52051-060 RECIFE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 264,46	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/01/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Trifásico B1
PERÍODO CONSUMO 24/12/2019 a 22/01/2020	CONSUMO 276		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 55,50			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 1315596021	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 264,46	VENCIMENTO 29/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838900000021 644600110010 315596021108 143898165938



(81) 9.9714-0111

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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1677695250

NAME: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF
8438579 SDS PE

CPF: 096.394.784-23 DATA NASCIMENTO:
22/08/1993

FILIAÇÃO:
AGNALDO COSTA DE SOUZA
ZODJA COSTA E SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT.HAB: 2.0

Nº REGISTRO: 05346024630 VALIDADE: 16/05/2023 1ª HABILITAÇÃO: 09/11/2011

OBSERVAÇÕES:
A
CAR

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 09/07/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

47150435238
PE085735159

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Vítima:	<i>Douglas Pascoal Costa L. Gomes</i>
Data do Acidente:	CPF da vítima:
Portador da documentação:	
<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:	
Qualificação do Portador:	
<input type="checkbox"/> Número: <input type="checkbox"/> Complemento: <input type="checkbox"/> Cidade: <input type="checkbox"/> Bairro: <input type="checkbox"/> UF: <input type="checkbox"/> CEP: <input type="checkbox"/> Telefone: () <input type="checkbox"/> E-mail:	
MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:	
<input type="checkbox"/> Formulário de Pedido do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Laudo do IMI (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Declaração de Ausência de Laudo do IMI, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)	
MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:	
<input type="checkbox"/> Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível) obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, (pai ou tutor)	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
VALORES DE INDENIZAÇÕES: Morte = R\$ 13.500,00	Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00 Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)
<ul style="list-style-type: none"> • O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa • Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário <p>• Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h</p> <p>obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, (pais ou tutor)</p>	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA	
Data:	<i>01/11/15</i>
Identidade:	
Assinatura:	<i>José Henrique</i>
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA	
Data:	<i>01/11/15</i>
Identidade:	
Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722111 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DISCRETA, FRATURA DO TERÇO MEDIAL DA CLAVICULA DIREITA, FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO, LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QRD E FRATURA DA BASE DO 2º, 3º E 4º METACARPOS ESQUERDOS.

Descrição do exame físico: EXAME NEUROLOGICO SEM ALTERAÇÕES. LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO (APROX 120 GRAUS). LIMITAÇÃO LEVE DA FORÇA DE PREENSAO PALMAR DA MÃO ESQUERDA. LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (APROX 20 GRAUS). FUNÇÃO DA MÃO DIREITA PRESERVADA 100%.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS E DAS LESÕES COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO, MAS COM RIGIDEZ ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO. REABILITAÇÃO NEUROLOGICA TOTAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722111 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DISCRETA, FRATURA DO TERÇO MEDIAL DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO, LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QRD E FRATURA DA BASE DO 2º, 3º E 4º METACARPOS ESQUERDOS.

Descrição do exame físico: EXAME NEUROLOGICO SEM ALTERAÇÕES. LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO (APROX 120 GRAUS). LIMITAÇÃO LEVE DA FORÇA DE PREENSAO PALMAR DA MÃO ESQUERDA. LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (APROX 20 GRAUS). FUNÇÃO DA MÃO DIREITA PRESERVADA 100%.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS E DAS LESÕES COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO, MAS COM RIGIDEZ ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO. REABILITAÇÃO NEUROLOGICA TOTAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722111 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA;
FRATURA DO 2º E 3º METACARPO ESQUERDO
FRATURA EXPOSTA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PÉ E MÃO E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722111 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA;
FRATURA DO 2º E 3º METACARPO ESQUERDO
FRATURA EXPOSTA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PÉ E MÃO E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470563/19

Número do Sinistro: 3190722111

Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

CPF: 096.394.784-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA : 096.394.784-23

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: 28/01/2020
Nome: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA
CPF: 096.394.784-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470563/19

Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

CPF: 096.394.784-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA : 096.394.784-23

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: 27/12/2019
Nome: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA
CPF: 096.394.784-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

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: 3190722111

Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS PASCHOAL COSTA E 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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722111

Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCAS PASCHOAL COSTA E 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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722111

Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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, 14 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190722111**

Vítima: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS PASCHOAL COSTA E 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\$ 5.737,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 104

Agência: 000002546

Conta: 0000020313-7

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.



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:

4 - Nome completo da vítima:
lucas Paschoal Costa e 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:

lucas Paschoal Costa e Silva

6 - CPF:

096.396.784-23

7 - Profissão:

caro

11 - Bairro:

Tomazinho

8 - Endereço:

Rua José Caixaneheira

12 - Cidade:

Recife

9 - Número:

203 A 502

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52.053.060

15 - E-mail:

(61) 997 240011

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR
SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)



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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0546

CONTA: 20313

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE 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, §3º, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO AFETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou

nascimento (ver nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

teve

irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

34

INSCRIÇÃO

CPF:

RG:

Nome:

Sexo:

Idade:

Estado:

Município:

CEP:

Logradouro:

Nº:

Bairro:

Cidade:

UF:

Complemento:

CEP:

Logradouro:

Nº:

</div

**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: 3190722111
Nome do(a) Examinado(a): Lucas Paschoal Costa e Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Carvalheira, 203 Apt 502
Tamarineira Recife PE CEP: 52051-060
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8438579
Data local do acidente: [13/09/2019]
Data local do exame: [03/02/2020] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRANIANO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE DISCRETA, FRATURA DO TERÇO MEDIAL DA CLAVICULA DIREITA, FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO, LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QRD E FRATURA DA BASE DO 2º, 3º E 4º METACARPOS ESQUERDOS.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA MÃO ESQUERDA COM FIOS DE AÇO E DO PÉ DIREITO COM FIO DE AÇO E FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REPARO DO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QRD. TRATAMENTO CONSERVADOR DE SUPORTE DO TRAUMA CRANIANO E DA FRATURA DA CLAVICULA DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO

Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

EXAME NEUROLOGICO SEM ALTERAÇÕES. LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO (APROX 120 GRAUS). LIMITAÇÃO LEVE DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR DA MÃO ESQUERDA. LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (APROX 20 GRAUS). FUNÇÃO DA MÃO DIREITA PRESERVADA 100%.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE AO OMBRO DIREITO, LEVE A MÃO ESQUERDA E IMPORTANTE AO TORNOZELO DIREITO.

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):

OMBRO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

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:

4 - Nome completo da vítima:

096.396.784-23 Lucas Paschoal Costa e 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:

Lucas Paschoal Costa e Silva

6 - CPF:

096.396.784-23

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua José Caixane

9 - Número:

10 - Complemento:

50502

11 - Bairro:

Tomazinho

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52.053.060

15 - E-mail:

(61) 9992-14011

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0546 CONTA: 20313

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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, §3º, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varíseos)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Recife, 08 de novembro de 2014*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

NAO AFETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.737,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS PASCHOAL COSTA E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000020313-7

Nr. da Autenticação 534B57B914135B8D



CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João da Barra, 111 - Boa Vista, Recife - PE. CEP 50030-902
CNPJ 10.835.932/0001-26 | Inscrição Estadual 0003543-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
AGNALDO COSTA DE SOUZA

CPF 244 396 654-20

ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE CARVALHEIRA 203 AP-502
COND. EDIFÍCIO VIOLETA

TAMARINEIRA RECIFE
RECIFE PE
52051-060

TRANSACTIONAL	NON	NON
078345528	UNICA	20080819
20080819	2008080801	2216927

DATA CONTRATO: 1315596021 MÊS ANO: 09/2019
DATA DE VENCIMENTO: 27/09/2019 DATA PAGAMENTO PRIMEIRA VENCIMENTO: 23/10/2019
TITULAR: B. Vassouras 197,95

Consumo Aberto (MWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Rum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CTDE-NF 070712546-23/07/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
206.000.000	0,77952320	160,51

TOTAL DATA RATE

197-84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									117,80
Nº DO MEDIDOR 403248	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR	ATUAL	MÍDIA DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)		
		DATA 23/08/2018	LEITURA 89.324,00	DATA 30/08/2018	LEITURA 89.630,00	29	1.00000	308,00	
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		IMPRESSÃO DE TECNÓLOGIA		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
MEDIDOR UNI		IMPRESSÃO DE TECNÓLOGIA		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
				Outra(s) de energia					
				R\$ 29,43					
				34,20%					