

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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 joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006043-7

Conta: 000009593-1

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01
Profissão: Garçom Endereço: 100 Central Número: 91-A Complemento: casa
Bairro: Comandante Cidade: Comandante Estado: PE CEP: 55578-000
E-mail: adoni.mistrattino@polyproad.com.br Tel.(DDD): 811 99754-5587

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barreiras, 27 de novembro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ -
DP79ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0169000718

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/09/2019 às
17:40

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/1/2019 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1, RODOVIA PE
60, TAMANDARÉ/PE - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO
/BRASIL - Ponto de Referência: ANTES DA MARINAS
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE 60, TAMANDARÉ/PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SERGIO BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SONIA MARIA DA SILVA Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS Data de Nascimento:
5/2/1999 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 01008930/009/PE
(RG), 13368721401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares:
- 81881688738

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1, RUA NOVO AFOGADO, S/N,
LOTEAMENTO COHAB I, CENTRO, TAMANDARÉ - CEP: 55290-868 - Bairro: CENTRO -
TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

SERGIO BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SERGIO BARBOSA DA SILVA,
que estava em posse do(a) Sr(a): MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Boletim de Ocorrência

Filiação: Polícia Civil - Departamento de Polícia

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110** - Tipo apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PD18832** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)
Ano/Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAM 1108694422**

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Tipo
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS, QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O., NO ENDEREÇO DO FATO, QUANDO O VEICULO DESCONHECIDO VEIO REALIZAR UMA CONVERSÃO NO LOCAL NÃO APROPRIADO NA RODOVIA, OCASIONANDO O ACIDENTE NA VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA AO QUAL LEVOU PARA UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ, RECEBENDO O NUMERO DE RESGATE DE Nº 273419, E POSTERIORMENTE SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, TENDO COMO ATENDIMENTO DE Nº 478661, DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS LEGAIS.

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

x *Matheus da Silva dos Santos*
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

8

B.O. registrado por: **GUSTAVO DOS SANTOS LUNA** - Matrícula: **350754-8**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01
Profissão: Garçom Endereço: 100 Central Número: 91-A Complemento: casa
Bairro: Immondari Cidade: Immondari Estado: PE CEP: 55578-000
E-mail: adoni.mistrattino@polyproadex.com.br Tel.(DDD): 81 99754-5587

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barreiras, 27 de novembro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO

DADOS DO CASO:

JOSIAS DA COSTA MARINHO

ENERGICO DA UNITÀ DI CONSUMO.

LO CONSTATO CHE...

CPF 378 240 024-09

CLASSIFICAÇÃO

TAMANGS/TAMANGS

TAMANDARÉ DE

54578-000

MF DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
00877804	UNICA	25/04/2018
APRESENTAÇÃO	MF DO CLIENTE	MF DA REINTEGRAÇÃO
7804/2018	200163784	426082

DATA DE EMISSÃO	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	28/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	71,51

THESE RICORDA NOVA #10000

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo de energia	81.000.000,00	0,77328892	62.638,65
Contrib. Sum. Publico e Municipal			5,00
ICMS Subvenção COE-AP 057248133.2540219			0,54
Multa por atraso NF 058118532 - 2102919			0,46
Juros por atraso NF 058118532 - 2102919			0,46
Avaliação ICMS-AP 058118532 - 2102919			0,46

TOTAL OXFAT 100

71.50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

ÍDIO MÉDIO	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		ÍDIO DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
30/1/2014	Cat	27-03-2014	0.537,20	26-04-2014	0.919,00	30	1.00000		81,80

RECEIVED 12/10/2003

Month	Year	Rate
Apr	97	81
Mar	98	84
Feb	98	97
Jan	98	81
Dec	98	80
Nov	98	88
Oct	98	75
Sept	98	66
Aug	98	72
Jul	98	80
Jun	98	84
May	98	74
Apr	98	70

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

	BASE DE CALCULO	%	VALOR GROSSO
ICMS	R\$ 99	28,50	
PIS	R\$ 94	1,20	
COFINS	R\$ 99	9,21	

Содержание

des Energie	99	14,84	14,14
des Energie	99	2,00	4,47
des Energie	99	1,10	20,88
des Energie	99	4,12	8,58
des Energie	99	0,27	7,38
des Energie	99	20,38	12,57
	99	12,84	10,14

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 259–268

Related Articles

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

0964 464A 1AEB DB75 4783 55A7 E2AB 8C4

INFORMAZIONE IMPORTANTE

Prague nel centro della patria dei più grandi architetti del mondo, la capitale ceca è una città affascinante, in parte moderna e in parte lussuosa, con un patrimonio artistico inestimabile. Per informazioni e prenotazioni visitate il sito www.prague.com o il numero verde 800 20 20 20. **Praga** è la città più sicura d'Europa e per questo è la prima meta turistica del mondo. Per informazioni e prenotazioni visitate il sito www.prague.com o il numero verde 800 20 20 20. **Praga** è la città più sicura d'Europa e per questo è la prima meta turistica del mondo. Per informazioni e prenotazioni visitate il sito www.prague.com o il numero verde 800 20 20 20.

[illegible]

governo e participação das instituições

	EXPENSES TAMBAHAN	WALAH APPROPRIASI	LIMIT BUDJET	LIMIT TEKNIKAL	LIMIT BAGAL
PHC	0.00	9.99	11.10	22.21	
PHC	0.00	3.30	4.41	12.88	
PHC	0.00	2.20	9.03	0.00	

Learning Objectives 13.20

El precio de venta de los libros de Matemáticas es de \$12.50.

www.elsevier.com/locate/jmb


TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	inferior	superior
220	202	233

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATADA VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
-----------------------	----------------	--------------------------	----------------------------

71.5°

000000000000-574510011007.200530783410-8 13930773533-6



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2ª VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03	 CELPE www.celpe.com.br	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JEIMSON JOSE NERY DE LYRA CPF: 049.520.594-05	DATA DE VENCIMENTO 26/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 93,68	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 075668987	CONTA CONTRATO 007003590261 Nº DO CLIENTE 281838753 Nº DA INSTALAÇÃO 8805268583
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOAO B VASCONCELOS 111 --A CENTRO/BARREIROS 55560-000 BARREIROS PE		
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Trifásico			
RESERVADO AO FISCO 8710.B5C8.CB08.7575.DC4B.4954.BFFB.4E9D			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																			
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.																																														
Consumo Ativo(kWh)		100,00	0,77952320	77,95	Vencido		Di Receb	Valor																																											
Acréscimo Bandeira VERMELHA				5,67	24/05/19		03/06/19	1.363,77																																											
Contrib. Ilum. Pública Municipal				7,60																																															
ICMS Subvenção-CDE-NF 064115032-03/06/19				2,46	Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento pendente por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/2010. Podem ocorrer equívocos de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.																																														
TOTAL DA FATURA				93,68																																															
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																			
ICMS			PIS			COFINS																																													
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																											
83,62	25,00	20,90	83,62	0,81	0,67	83,62	3,72	3,11																																											
<div> <div> <div>Tarifas Aplicadas</div> <div>Consumo Ativo(kWh): 8,54833000</div> </div> <div> <div>HISTÓRICO DO CONSUMO</div> <table> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>kWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SET 19</td> <td> </td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>AGO 19</td> <td> </td> <td>204</td> </tr> <tr> <td>JUL 19</td> <td> </td> <td>296</td> </tr> <tr> <td>JUN 19</td> <td> </td> <td>362</td> </tr> <tr> <td>MAI 19</td> <td> </td> <td>357</td> </tr> <tr> <td>ABR 19</td> <td> </td> <td>336</td> </tr> <tr> <td>MAR 19</td> <td> </td> <td>350</td> </tr> <tr> <td>FEV 19</td> <td> </td> <td>292</td> </tr> <tr> <td>JAN 19</td> <td> </td> <td>265</td> </tr> <tr> <td>DEZ 18</td> <td> </td> <td>204</td> </tr> <tr> <td>NOV 18</td> <td> </td> <td>437</td> </tr> <tr> <td>OUT 18</td> <td> </td> <td>267</td> </tr> <tr> <td>SET 18</td> <td> </td> <td>460</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>												kWh	SET 19		100	AGO 19		204	JUL 19		296	JUN 19		362	MAI 19		357	ABR 19		336	MAR 19		350	FEV 19		292	JAN 19		265	DEZ 18		204	NOV 18		437	OUT 18		267	SET 18		460
		kWh																																																	
SET 19		100																																																	
AGO 19		204																																																	
JUL 19		296																																																	
JUN 19		362																																																	
MAI 19		357																																																	
ABR 19		336																																																	
MAR 19		350																																																	
FEV 19		292																																																	
JAN 19		265																																																	
DEZ 18		204																																																	
NOV 18		437																																																	
OUT 18		267																																																	
SET 18		460																																																	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
000000063120423648	CAT	03/08/2019	95.289,00	03/09/2019	95.296,50	31	1,00000	0,00
000000063120423648	CRT	03/08/2019	63.658,00	03/09/2019	63.662,50	31	1,00000	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
380	350 399
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI		TALÃO DE PAGAMENTO	
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007003590261	09/2019	93,68	26/09/2019
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			
838800000003 936800110070 003590261104 142214696830			
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

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 COAF**².

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 Jeremias Pereira de Souza inscrito (a) no CPF 049.620.594 / 05
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mathus da Silva dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 133.657.214 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Mathus da Silva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

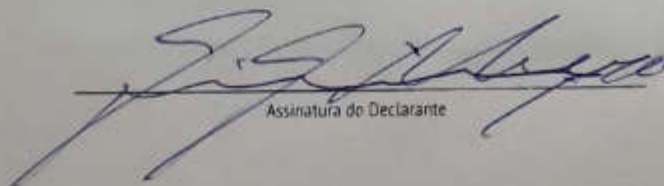
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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


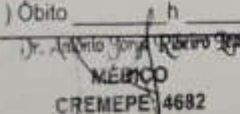
Endereço <u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Barreiros</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administradora@pilyndon.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99751-5587</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9675-1858</u>

Barreiros, 27 de Novembro de 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante

565 163 9632 9442 0001

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Registro Nº 274744	
UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ		Data: 25/01/19	
Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência		Hora: 15 h 55 Min.	
Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ MÚCIO MONTEIRO			
Nome do Paciente: <u>Marcelo da Silva da Santos</u>			
Data de Nascimento: <u>05/02/1979</u>		Idade: <u>39 anos</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino () Feminino
Endereço: <u>Rua Colômbia</u>		Nº: <u>1</u>	Município: <u>Vanópolis</u>
Profissão: <u>Cozinheiro</u>	Condição: () Segurado () Esposa () Filho () Outro		
Nome do Acompanhante: _____			
Endereço: <u>Rua Manoel</u>		Nº: _____	Município: <u>Vanópolis</u>
Ocorrência: _____		Local da Ocorrência: _____	
Tipo de Ocorrência: () Acidente de Trânsito () Agressão () Outros () Acidente de Trânsito () Suicídio () Acidentes			
Pressão Arterial: Máx. _____ Min. _____		Pulso: _____	Temperatura Axilar: _____ Renal: _____
Queixa Principal - História da Doença Atual: <u>Doença em fase pré-hipertensão</u>			
Exame Físico: _____			
Hipótese diagnóstica: <u>Insuficiência cardíaca</u>			
Tratamento: <u>Diuretico</u>			
Destino do Paciente: () Observação Clínica () Liberado para Residência com Medicação Prescrita () Liberado para Residência com Medicação Aplicada		CID: Nº _____ () Transferido para outra Unidade () Internado () Óbito _____ h _____ Min.	
<u>25/01/19</u> Data		 MÉDICO CREMEPE 14682 Assinatura do Médico/CRM/Carimbo	

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Prefeitura Municipal de Tamandaré, que apresento este paciente, portador de patologia(s) relacionada(s) abaixo, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Mathus de Siqueira dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificações do CID 10

- 1) T92 - M65 - S62.5
- 2) _____
- 3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim, Quais?

ao xaqe apemto, pegando no membro superior (D) devido a fratura de rádio distal articulação e tendente edema de membros

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Risco de necrose (D), a limitação dos membros inferiores, risco de necrose (D) e limitação dos membros

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim, Porque?

Pelo dor, pelo limitação dos membros superiores e pelo risco de necrose

A incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré

09 MAIO 2019

Dr. Paulo Grande
Traumatismo - Ortopedia
CREMEPE 4271

Atendimento: 478691

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/01/2019 13:25

Paciente: 112885 MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 05/02/1999 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: SONIA MARIA DA SILVA Nome do Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS CRM: 14861
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO Bairro: CENTRO
Endereço: LOTEAMENTO COHAB 1 PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
Cidade/UF: TAMANDARE Data de Emissão: Fone: 987525200
RG (Identidade): CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão CRN:
Cartão SUS: 163963294420001

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

① Qtd com 10 dias após Acidente
do moto/carro apresentando
um ferimento D. @ punho D

Exame Físico

① ECG/ASA/12h Telem
② Normais
③ 4/5/6/7/8/9/10
Base Diagnóstico Ferimento em Punho Direito
do carpo

Conduta Terapêutica

Imobilizar DV

Prescrição Médica

Ata J. Carvalho / Imobilizar

Dr. Bruno
CRM: 16393
16/01/2019
13:25

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, e do Poder Judiciário, que examinei o(a) paciente abaixo

Indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatarei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Matheus de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

- 1) _____
2) T92 - M65 - S52.5
3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(x) Sim, Quais?

ao exame apertado pequeno
no punho superior do membro
à fratura de base do 5º articular
e tendente edema e dor local

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Dor no punho
limitação dos movimentos
no punho
e limitação dos movimentos

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(x) Sim, Porque?

Pela dor no punho
limitação dos movimentos
no punho

A incapacidade é irreversível?

(x) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré 09 MAR 2019

Dr. Paulo Granda
Traumato - Ortopedista
CREMEPE 4277

SECRETARIA DE SAÚDE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos:

Exames Complementares / Resultados

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhamento para:

16.01.19
Data

Dr. Valdeir
Nome

3791
CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL:

Na Unidade de Origem

Na Unidade de Referência

Outros Serviços

☐
☐
☐

NOME

CRM

DATA

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/01/2019 13:04



Nome Paciente: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/01/2019 13:12 - 16/01/2019 13:19

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT PROVENIENTE DE TAMANDARE. SENHA: 5599906. COM RELATO DE DOR EM MSD E MID. APOS COLISAO COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 4. (SIC).
NEGA VOMITO E DESMAIO.

Observação:

HAS (+)
NEGA DM
REFERE ALERGIA A DIPIRONA
98 BPM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

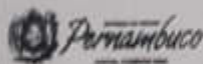
- RÉGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 100.00 MMHG
- PAS: 173.00 MMHG
- SAT02: 98.00 %

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/01/2019 13:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

Mathias da Silva de S. B. foi atendido (a) neste

serviço no dia: 16, 01, 19 CID: _____



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

Cabo, 16 de Januari de 20 19

Dr. Bruno Pontes
Ortopedia Traumatologia
CRM 16693
Médico



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

MATHEUS G. S. L.

Mimic Tunnel

Grupos de fletch

do min

Dr. Ricardo Rodrigues
Ortopedia Traumatologia



Nome: *Matheus da Silva dos Santos*

Idade: 20 anos

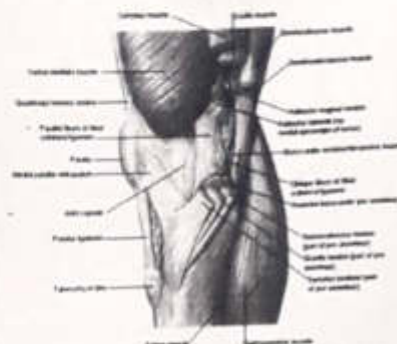
Data de nascimento: 05/02/99

Relatório de ultrassonografia de joelho

Data do exame: 09 de maio de 2019

Número de registro: 10678

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:



JOELHO DIREITO

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:

Pele com ecotextura hiperecogênica habitual, espessura normal.

Nas porções laterais do joelho se observa extrusão de material hiperecogênico, medindo 0,56 x 0,56 cm, compatível com diminuição do espaço inter-articular. As imagens sugerem extrusão de material meniscal.

Tendão do quadríceps femoral íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento patelar íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral medial íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Trato iliotibial íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral lateral íntegro, de forma e ecotextura conservados, com anisotropia habitual.

Tendão do bíceps femoral íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Bursas subtendíneas não visualizadas.


Não foram visualizadas imagens compatíveis com cistos poplíteos.

Foi visualizada moderada quantidade de líquido intra-articular na cápsula do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: estudo ultrassonográfico das estruturas do joelho direito observando líquido intra-articular em moderada quantidade e extrusão do menisco lateral.

Tamandaré- PE, 09 de Maio de 2019.

Clinica Diamantina, Av. Dr. Leopoldo Lins 05- Centro Tamandaré-PE, Tel. 81 3678-1539


Dr. Fábio Saito
CRM-PE 14.517

078.14

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE REVENHOS E TRIBUTAÇÃO

RECEITA FEDERAL DO BRASIL

078.14

VALIDA EM TODOS OS ESTADOS DO BRASIL

CPF 9.106.896

21/09/2010

Nome << MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS >>

Parente << JOSÉ MARCOLINO SILVA DOS SANTOS >>

<< SÔNIA MARIA DA SILVA >>

Nascimento BARREIROS - PE 05/02/1999

Doc. emitido << CN 5910 L 406 P 72V CART. TAMANHAPE-PE 30.01.2000 >>

F-41 6.964 - 121X

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 133.657.214-01

Nome MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Nascimento 05/02/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE AA07.C13A.934D.250A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:45:12 do dia 03/08/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
873244580

PROIBIDO PLASTIFICAR
873244580

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

NOME
JEIMISON JOSE NERI DE LIRA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6312850 SSP PE

CPF
049.520.594-05

DATA NASCIMENTO
10/03/1985

FILIAÇÃO
FLAVIO GOMES DE LYRA
YARACI NERI DE LYRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03199667329

VALIDADE
14/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/02/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
14/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

25661270788
PE059279494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013935893042

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1108594422	*****	2018

NOME

SERGIO BARBOSA DA SILVA

TAMANDARÉ-PE

CPF / CNPJ

079.937.274-99

PLACA

PDL5532

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JB0100HR235460

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/POP 110I

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2017

CAP / POT / CIL

2P/109CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

1ª

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

TAMANDARÉ

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013935893042

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1108594422	*****	2018

NOME

SERGIO BARBOSA DA SILVA

TAMANDARÉ-PE

CPF / CNPJ

079.937.274-99

PLACA

PDL5532

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JB0100HR235460

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/POP 110I

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2017

CAP / POT / CIL

2P/109CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

1ª

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FTD. ADM CONS NAC HONDA LTDA

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

TAMANDARÉ

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

078.14

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE REVENUE E TRIBUTAÇÃO

RECEITA FEDERAL DO BRASIL

078.14

9.106.896

21/09/2010

« MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS »

« JOSÉ MARCOLINO SILVA DOS SANTOS »

« SONIA MARIA DA SILVA »

BARREIROS - PE

05/02/1999

« CN 5910 L A06 P 72V CART. TAMANHAPE-PE 30.01.2000 »

F-41 6.964 - 121X

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

133.657.214-01

Nome

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Nascimento

05/02/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

AA07.C13A.934D.250A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br


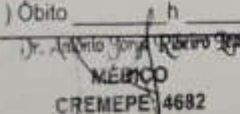
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:45:12 do dia 03/08/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

565 163 9632 9442 0001

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Registro Nº 274744	
UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ		Data: 25/01/19	
Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência		Hora: 15 h 55 Min.	
Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ MÚCIO MONTEIRO			
Nome do Paciente: <u>Marcelo da Silva da Santos</u>			
Data de Nascimento: <u>05/02/1979</u>	Idade: <u>39 anos</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino () Feminino	
Endereço: <u>Rua Colômbia</u>		Nº:	Município: <u>Vanandoré</u>
Profissão: <u>Cozinheiro</u>	Condição: () Segurado () Esposa () Filho () Outro		
Nome do Acompanhante:			
Endereço: <u>Rua Manoel</u>		Nº:	Município: <u>Vanandoré</u>
Ocorrência:		Local da Ocorrência:	
Tipo de Ocorrência:			
() Acidente de Trânsito () Agressão () Outros		<div>Atendimento: h Min.</div>	
() Acidente de Trânsito () Suicídio () Acidentes			
Pressão Arterial: Máx. Min.	Pulso:	Temperatura Axilar:	Renal:
Queixa Principal - História da Doença Atual: <u>Doença em fase pré-hipertensão</u>			
Exame Físico:			
Hipótese diagnóstica: <u>Insuficiência cardíaca</u>			
Tratamento: <u>Dieta e furosemida</u>			
Destino do Paciente:		CID: Nº	
() Observação Clínica		() Transferido para outra Unidade	
() Liberado para Residência com Medicação Prescrita		() Internado	
() Liberado para Residência com Medicação Aplicada		() Óbito h Min.	
25/01/19		 MÉDICO CREMEPE 4682	
Data		Assinatura do Médico/CRM/Carimbo	

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Prefeitura Municipal de Tamandaré, que apresento este paciente, portador de patologia(s) relacionada(s) abaixo, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Mathus de Siqueira dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificações do CID 10

- 1) T92 - M65 - S62.5
- 2) _____
- 3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim, Quais?

ao xaqe apemto, pegando no membro superior (D) devido a fratura de rádio distal articulação e tendente edema de membros

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Risco de infecção, a limitação dos membros superiores, dor nos membros e limitação do membro

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim, Porque?

Pelo dor, pelo limitação do membro superior e pelo edema

A incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré

09 MAIO 2019

Dr. Paulo Grange
Traumatismo - Ortopedia
CREMEPE 4271

Atendimento: 478691

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/01/2019 13:25

Paciente: 112885 MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 05/02/1999 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: SONIA MARIA DA SILVA Nome do Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS CRM: 14861
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO Bairro: CENTRO
Endereço: LOTEAMENTO COHAB 1 PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
Cidade/UF: TAMANDARÉ Data de Emissão: Fone: 987525200
RG (Identidade): CPF (Cadastro de Pessoa Física):
Cartão SUS: 163963294420001 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

① Qtd com 10 dias após acidente
do moto/carro apresentando
um ferimento D. @ punho D

Exame Físico

① ECG/ASA/12h Telem
② Normais
③ 4/5/6/7/8/9/10

Base Diagnóstico

Frações em Radii Distal
do conteúdo

Conduta Terapêutica

Imobilizar DV

Prescrição Médica

Ata / P. Curativo / Imobilizar

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Dr. Bruno
CRM: 26893
Médico

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, e do Poder Judiciário, que examinei o(a) paciente abaixo

Indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatarei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Matheus de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

- 1) _____
- 2) T92 - M65 - S52.5
- 3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim, Quais?

ao exame apertado pequeno
no membro superior direito
status de lesão distal articular
e tendente edema e dor local

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Rigidez dor no pulso
limitação dos movimentos
função normal do membro
e membro do membro

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim, Porque?

Pela dor e pelo inchaço
na mão e no pulso
na mão e no pulso

A incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré 09 MAR 2019

Dr. Paulo Granda
Traumato - Ortopedista
CREMEPE 4277

SECRETARIA DE SAUDE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos:

Exames Complementares / Resultados

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhamento para:

16.01.19
Data

Dr. João dos Santos
CRM - PE 23761

Nome

3791

CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL: ☒ Na Unidade de Origem
☐ Na Unidade de Referência
☐ Outros Serviços

NOME

CRM

DATA

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/01/2019 13:04



Nome Paciente: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/01/2019 13:12 - 16/01/2019 13:19

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT PROVENIENTE DE TAMANDARE. SENHA: 5599906. COM RELATO DE DOR EM MSD E MID. APOS COLISAO COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 4. (SIC).
NEGA VOMITO E DESMAIO.

Observação:

HAS (+)
NEGA DM
REFERE ALERGIA A DIPIRONA
98 BPM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

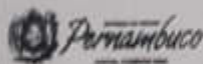
- RÉGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 100.00 MMHG
- PAS: 173.00 MMHG
- SAT02: 98.00 %

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/01/2019 13:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

Mathous da Silva de S. B. foi atendido (a) neste

serviço no dia: 16, 01, 19 CID: _____



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

Cabo, 16 de Januari de 20 19

Dr. Bruno Pontes
Ortopedia Traumatologia
CRM 16693
Médico



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

MATHEUS G. S. L.

Mimic Tunnel

Grupos de fecho

do mim

Dr. Ricardo Rodrigues
Ortopedia Traumatologia



Nome: *Matheus da Silva dos Santos*

Idade: 20 anos

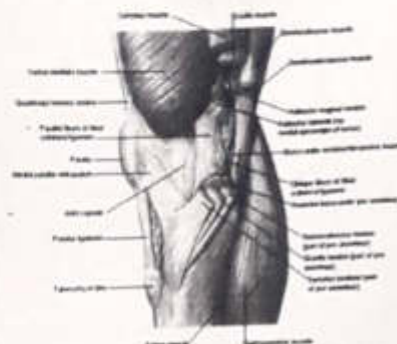
Data de nascimento: 05/02/99

Relatório de ultrassonografia de joelho

Data do exame: 09 de maio de 2019

Número de registro: 10678

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:



JOELHO DIREITO

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:

Pele com ecotextura hiperecogênica habitual, espessura normal.

Nas porções laterais do joelho se observa extrusão de material hiperecogênico, medindo 0,56 x 0,56 cm, compatível com diminuição do espaço inter-articular. As imagens sugerem extrusão de material meniscal.

Tendão do quadríceps femoral íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento patelar íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral medial íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Trato iliotibial íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral lateral íntegro, de forma e ecotextura conservados, com anisotropia habitual.

Tendão do bíceps femoral íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Bursas subtendíneas não visualizadas.

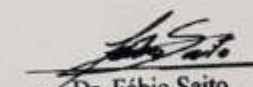
Não foram visualizadas imagens compatíveis com cistos poplíteos.

Foi visualizada moderada quantidade de líquido intra-articular na cápsula do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: estudo ultrassonográfico das estruturas do joelho direito observando líquido intra-articular em moderada quantidade e extrusão do menisco lateral.

Tamandaré- PE, 09 de Maio de 2019.

Clinica Diamantina, Av. Dr. Leopoldo Lins 05- Centro Tamandaré-PE, Tel. 81 3678-1539


Dr. Fábio Saito
CRM-PE 14.517

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JEIMISON JOSE NERY DE LYRA

CPF: 049.520.594-05

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A

CENTRO/BARREIROS
55560-000 BARREIROS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,68

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

07568887

CONTA CONTRATO

007003590261

Nº DO CLIENTE

281638793

Nº DA INSTALAÇÃO

0005208583

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

8710.B5C8.CB08.7575.DC4B.4954.BFFB.4E9D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	100,00	0,77952320	77,95
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,60
ICMS Subvenção-CDE-NF 064115032-03/06/19			2,46
TOTAL DA FATURA			93,68

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
83,62	25,00	20,90	83,62	0,81	0,67	83,62	3,72	3,11

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Reciv	Valor
24/09/19	8386/19	1.863,77

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como incluídas nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh): 8.54533000	
	Consumo Ativo(kWh)
	SET 19 100
	AGO 19 204
	JUL 19 296
	JUN 19 362
	MAI 19 357
	ABR 19 339
	MAR 19 350
	FEV 19 292
	JAN 19 265
	DEZ 19 204
	NOV 19 437
	OUT 19 267
	SET 18 460

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003120423648	CAT	03/08/2019	95.289,00	03/09/2019	95.296,00	31	1,00000	0,00	7,00
000000003120423648	CRT	03/08/2019	63.658,00	03/09/2019	63.662,00	31	1,00000	0,00	4,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
jul/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	BARREIROS	0,00	0,03	13,06	34,12
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,42	8,83	13,70
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,83					

Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você misso costa foto e vídeo: rua dom luiz no 380 centro / mai variedades: rua monsenhor teobaldo rocha centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	399

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007003590261	09/2019	93,68	26/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838800000003 936800110070 003590261104 142214696830



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 COAF**².

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 Jeremias Pereira de Souza inscrito (a) no CPF 049.620.594 / 05
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mathheus da Silva dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 133.657.214 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Mathheus da Silva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 de Vasconcelos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Barreiros</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administradora@pilyando.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 99751-5587</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9675-1858</u>

Barreiros, 27 de Novembro de 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01
Profissão: Garçom Endereço: Do Central Número: 91-A Complemento: casa
Bairro: Comandante Cidade: Comandante Estado: PE CEP: 55578-000
E-mail: adoni.mistrattino@polyproad.com.br Tel.(DDD): 811 99754-5587

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barreiras, 27 de novembro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Prefeitura Municipal de São Paulo - SP

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 53095-002
CNPJ 10.835.832/0001-48 | Ins. Est. 533943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSIAS DA COSTA MARINHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO COVAD 01 - A

CPF: 318.890.034-04

TAMANDARÉ/TAMANDARÉ
TAMANDARÉ PE
55578-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	CIDADE
00877804	UNICA	25/04/2019
APPROPRIAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
25/04/2019	2001637584	4260367

CONTA CONTRATADA	MÊS/ANO
7006307834	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
06/05/2019	28/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	71,51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residencial	81,0000000	0,7733893	82,84
Contrib. Sum. Pública Municipal			0,00
ICMS Subvenção COE-AP 057248133-25/02/19			0,54
Multa por atraso NF 056119832 - 21/03/19			1,81
Juros por atraso NF 056119832 - 21/03/19			0,44
Atualização DPV-AP 056119832 - 27/03/19			0,58

WDO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01-107008	CAI	27-03-2019	0,537,00	26-04-2019	0,919,00	0	81,00

INFORMAÇÕES DE CONTRATO	INFORMAÇÕES DE SERVIÇO	COMPOSIÇÃO DO VALOR
ABR-19 01	BASE DE CÁLULO	Correção de Energia
MAR-19 04	ICMS	Transmissão
FEV-19 01	PIS	Distribuição (Celpe)
JAN-19 01	COFINS	Perdas de Energia
DEZ-19 00		Energia Setorial
NOV-19 00		Tributação
OUT-19 00		Total
SET-19 00		
AUG-19 00		
JUL-19 00		
JUN-19 04		
MAY-19 00		
ABR-19 00		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
Pague no prazo mais próximo de vencimento para evitar o acréscimo de juros e multa por atraso. O valor da fatura é baseado no valor de 1 mês. Para informações em tempo real, consulte o site da Celpe ou o aplicativo Celpe. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta.

Em conformidade com a Lei 12.029/2009, a Celpe disponibiliza a opção de pagamento em parcelas. O cliente pode optar por pagar a fatura em 12 parcelas mensais, com juros de 12% ao ano. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e correta.

QUANTIDADE	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TIPO DE	LIMITE DE
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATADA	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7006307834	04/2019	06/05/2019	71,51



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01
Profissão: Garçom Endereço: Av. Central Número: 91-A Complemento: casa
Bairro: Immondari Cidade: Immondari Estado: PE CEP: 55578-000
E-mail: adoni.mistrattino@polyproad.com.br Tel./DDD: 81 99754-5587

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barreiras, 27 de novembro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ -
DP79ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0169000718**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às
17:40

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **16/1/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1, RODOVIA PE
66, TAMANDARÉ/PE - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO
/BRASIL - Ponto de Referência: ANTES DA MARINAS
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE 66, TAMANDARÉ/PE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SERGIO BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS**

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
SONIA MARIA DA SILVA Pai: **JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS** Data de Nascimento:
5/2/1999 Nacionalidade: **PARAGUAI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **01008930/009/PE
(RG), 13368721401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares:
- 81981688738

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1, RUA NOVO AFOGADO, S/N,
LOTEAMENTO CONAB I, CENTRO, TAMANDARÉ - CEP: 55290-868 - Bairro: CENTRO -
TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

SERGIO BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SERGIO BARBOSA DA SILVA,**
que estava em posse do(a) Sr(a): **MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS**

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO
Apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

RELATA MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS, QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O., NO ENDEREÇO DO FATO, QUANDO O VEICULO DESCONHECIDO VEIO REALIZAR UMA CONVERSÃO NO LOCAL NÃO APROPRIADO NA RODOVIA, OCASIONANDO O ACIDENTE NA VITIMA QUE ESTAVA CODUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA AO QUAL LEVOU PARA UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ/PE RECEBENDO O NUMERO DE RESGITO DE N° 273419, E POSTERIORMENTE SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, TENDO COMO ATEIDIMENTO DE N° 478667, DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS LEGIS.

x *Matheus da Silva dos Santos*
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: GUSTAVO DOS SANTOS LUNA - Matrícula: 350754-8

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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 joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006043-7

Conta: 000009593-1

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão GAUCON

Residente e domiciliado à Rua LOT COHAS

Nº 914, Bairro CENTRO Município de TAMANDARÉ

Estado de PE CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 9106896 SSP/SDS/PE e CPF Nº 133.657.214-01

OUTORGADO: André Artury de Lima Vasconcelos Silva, solteiro, autônomo, residente domiciliado RUA DA UNIÃO, 543 APTO 1004 – BOA VISTA – RECIFE - PE, estado de Pernambuco, CEP 50050-015, portador do RG Nº 8077403 SDS/PE e CPF Nº 069.045.774-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

ocorrido em 16/07/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

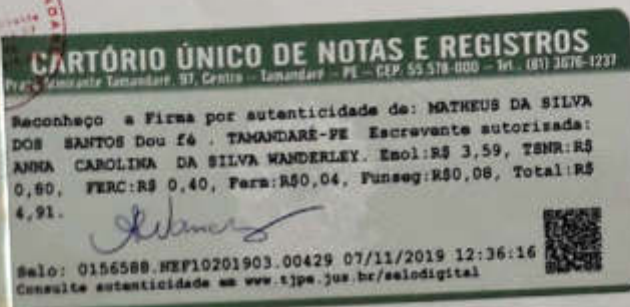
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Boqueiros, 07, Novembro de 20 19.

Matheus da Silva dos Santos

OUTORGANTE

CPF Nº 133.657.214-01



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426847/19

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF: 133.657.214-01

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

Titular do CPF: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS : 133.657.214-01

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: 02/12/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
873244580

PROIBIDO PLASTIFICAR
873244580

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

NOME
JEIMISON JOSE NERI DE LIRA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6312850 SSP PE

CPF
049.520.594-05

DATA NASCIMENTO
10/03/1985

FILIAÇÃO
FLAVIO GOMES DE LYRA
YARACI NERI DE LYRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03199667329

VALIDADE
14/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/02/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
14/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

25661270788
PE059279494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão GAUCON

Residente e domiciliado à Rua LOT COHAS

Nº 914, Bairro CENTRO Município de TAMANDARÉ

Estado de PE CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 9106896 SSP/SDS/PE e CPF Nº 133.657.214-01

OUTORGADO: André Artury de Lima Vasconcelos Silva, solteiro, autônomo, residente domiciliado RUA DA UNIÃO, 543 APTO 1004 – BOA VISTA – RECIFE - PE, estado de Pernambuco, CEP 50050-015, portador do RG Nº 8077403 SDS/PE e CPF Nº 069.045.774-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

ocorrido em 16/07/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

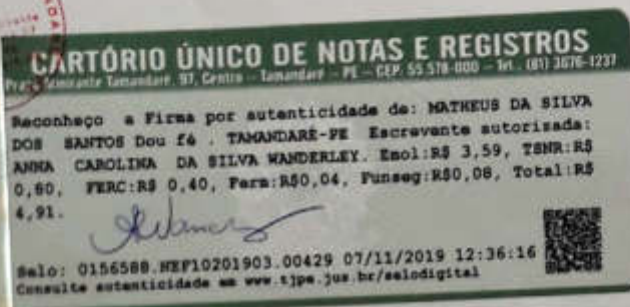
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Boqueiros, 07, Novembro de 20 19.

Matheus da Silva dos Santos

OUTORGANTE

CPF Nº 133.657.214-01



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426847/19

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF: 133.657.214-01

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

Titular do CPF: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS : 133.657.214-01

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: 02/12/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

SABRINA MAIRA HONORATO

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você