

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

Rio de Janeiro, 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**

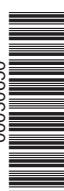
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

133.657.214-01 Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo:

Matheus da Silva dos Santos

CPF
133.657.214-01

Profissão:

Garçom

Endereço:

100 Catolé

Número:

91-A

Complemento:

Bairro:

Jomandani

Cidade:

Jomandani

Estado:

PE

CEP:
55578-000

E-mail:

admnistrativa@polyroadr.com.br

Tel.(DDD)
8199751-5587

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

RENDIMENTO:

RECLUSO 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

6043

CONTA:

0009593

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

MORTE

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: *Banheiros, 27 de Novembro de 2019*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RODO, 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 CIRCUINTSRIÇÃO - TAMANDARE -
DP79°CIRC DINTER1/13°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E0169000718

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 16/1/2019 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TAMANDARE, 1, RODOVIA PE
48, TAMANDARE/PE - Bairro: CENTRO - TAMANDARE/PERNAMBUCO
/BRASIL - Pontos de Referência: ANTES DA MARINAS
Local do fato: RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE 48, TAMANDARE/PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGERIE)
SERGIO BARBOSA DA SILVA (OU INC.)
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)

Si(a) DESCONHECIDO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)

Si(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nacionalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8198826/SDS/PE
(RG) 13368721481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares:
- 819882688738

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAMANDARE, 1, RUA NOVO AFOGADO, S/N,
LOTEAMENTO COHAB I, CENTRO, TAMANDARE - CEP: 56280-060 - Bairro: CENTRO -
TAMANDARE/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) Si(a): SERGIO BARBOSA DA SILVA,
que estava em posse do(a) Si(a): MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

solelum de 0 corrente

tile.mil/pt-br/estatistica/censo-intervencao-geografica

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

Placa: **POL5532** (PERNAMBUCANO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** | Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAM 11085594422**

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** | Operário
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 TAMANDARE/PE RECEBENDO O NUMERO DE REGISTRO DE N° 273418, E POSTERIORMENTE SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, TENDO COMO ATENDIMENTO DE N° 478897, DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS LEGAIS.

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

Matheus da Silva dos Santos

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **GUSTAVO DOS SANTOS LUNA** - Matriuila: **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:

Nome completo da vítima:

133.657.214-01 Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo:

Matheus da Silva dos Santos

CPF
133.657.214-01

Profissão:

Garçom

Endereço:

40 Centro

Número:
91-A Complemento:
esq

Bairro:

Jonamandri

Cidade:

Jonamandri

Estado:
PE

CEP:
55578-000

E-mail:

admnistrativa@polyroadr.com.br

TEL(DDD):
8199751-5587

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

RENDIMENTO:

RECLUSO 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

MORTE

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Banheiros, 27 de Novembro de 2019*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Matheus da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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: 00000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO12122019050000000002370604300000009593168750 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: 00000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO12122019050000000002370604300000009593168750 PAGO



Termo Social de Energia Elétrica Credito pela Lei 10.436 de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João Ribeiro, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50026-002
CNPJ 15.835.002/0001-08 | Inscrição 1000043-00 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE:
JOSIAS DA COSTA MARINHOENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
LO COHAB 81-A

CPF: 375.890.034-04

TAMANDARÉ/TAMANDARÉ
TAMANDARÉ PE
55578-000CLASSIFICAÇÃO:
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	DATA
058577804	UNICA	25/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSCRIÇÃO
25/04/2019	3001637184	5200002

CONTA CONTRATO	MESMO
7005307834	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	06/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	28/05/2019
	71,51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de gás (VAT)	81.000000	0,77128897	62,34
Centro Soc. Públ e Municipal			0,39
ICMS Subvenção COE-NF 05324613325/02/19			0,54
Multa por atraso NF 058118532-27/03/19			1,41
Juros por atraso NF 058118532-27/03/19			0,44
Atualização IPHAN NF 058118532-27/03/19			0,59

TOTAL DA FATURA:

71,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
00107048	CAT	21/03/2019	6.327,00	26/04/2019	6.916,00	15	1.000000		581,00

Mês/Ano	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Consumo de energia
ABR19	01		R\$ 0,00	-14,96
MAR19	01	ICMS	R\$ 0,00	25,00
FEV19	01	PIS	R\$ 0,00	1,30
JAN19	01	COFINS	R\$ 0,00	6,27
DEZ18	00			5,00
NOV18	00			1,00
OUT18	00			0,00
SET18	00			0,00
AGO18	00			0,00
JUL18	00			0,00
MAI18	00			0,00
ABR18	00			0,00

Consumo de energia: 581,00 KWH - Tarifas Aplicadas: 0,33190000

Código de barras: C6444E4A1AE90254783410815248848

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peça no ponto mais perto da sua residência uma demonstração técnica resumida ou sua baseira técnica e o certificado completo em www.celpe.com.br. Na data da fatura a tarifa é a vigente à época. Mais informações em www.aneel.gov.br. Contribuição ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Federal 94.458/13. O cliente é responsável quanto ao pagamento das taxas de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (dois por cento) diária. IVA (18%) e ISS (12%) são aplicados conforme lei nº 11.632/08. O Clienté é responsável pelas suas obrigações de consumo e de pagamento das contas de energia elétrica que lhe forem devidas para os serviços prestados.

Não existem débitos de 2018, e
não existem débitos de 2019, e
não existem débitos de 2020.
O consumo é calculado com base no consumo
medido no período anterior ao
dia 12/02/2019. Sendo assim,
não é devida nenhuma taxa de
consumo nem tarifa em desconto
de consumo nem taxa de desconto
de consumo nem taxa de desconto
de consumo.

PERÍODO	VALOR (R\$)	LÂMINA	LÂMINA	LÂMINA	PERÍODO	VALOR (R\$)	LÂMINA DE VARIAÇÃO (%)
01/04/2019	0,00	1,59	11,10	0,21	01/04/2019	0,00	0,00
01/05/2019	0,00	3,10	8,47	12,86	01/05/2019	0,00	0,00
01/06/2019	0,00	3,20	9,00	0,00	01/06/2019	0,00	0,00

Lâmina DCR: 12,21 EDC: 100% de Encargo de Lâmina. Sistema de Distribuição = 102,23%

CONTA CONTRATO: 7005307834 MÊS/ANO: 04/2019 DATA DE VENCIMENTO: 06/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 71,51
6088000000000-571510011007200530783410-813830773633-6

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



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

Ouvridoria (800) 282-5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

800-777-0157 - Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
JEIMISON JOSE NERY DE LYRA	26/09/2019	03/09/2019	007003590261
CPF: 049.520.594-05		DATA DA APRESENTAÇÃO	NP DO CLIENTE
		03/09/2019	2818381783
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TOTAL A PAGAR (R\$)	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A	93,68	075668987	0005268583
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			

DESCRICAO 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 Resv	Valor	
Acréscimo Bandeira VERMELHA				5,67	24/05/19	03/06/19	1.883,77	
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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000063120423648	CAT	03/08/2019	95.289,00	03/09/2019	95.256,00	31	1,00000	0,00	7,00
000000063120423648	CRT	03/08/2019	63.658,00	03/09/2019	63.862,00	31	1,00000	0,00	4,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
jul/2018					
DIC-No de horas sem Energia	BARRIROS	6,00	8,93	13,06	34,13
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,42	8,93	13,79
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,83					
<small>Fonte: Companhia de Águas e Saneamento - Recife/PE. Indicadores: TNC, FIC, DMC e DICRI a setorizar. Técnicas: Coletas de dados e auditorias.</small>					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! missão costa foto e vídeo: rua dom luiz no 380 centro / mwi variiedades: rua monsenhor taubaldo rocha centroLista completa em www.celpe.com.br.

No dia 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 prazo, mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encarramento 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 cahnoto será usado em leitora ótica.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este capacho será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



838800000003 936800110070 003590261104 142214696830



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Júlio César Pinto de Almeida inscrito (a) no CPF 049.620.594 / 05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Matheus da Silveira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 133.657.214 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura Irregularidade da Vítima Matheus da Silveira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° _____, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

Barreiros, 27 de Novembro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

SUS J63 9632 9448 0001

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ****Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência**

Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ MÚCIO MONTEIRO

Registro N°

27 47 44

Data:

25/01/19

Hora:

15 h 55 Min.

Nome do Paciente:

Waldemar da Silva Santos

Data de Nascimento:

05/01/19

Idade: 39 Anos

Sexo:

Masculino () Feminino

Endereço:

R. São João

Nº:

Município:

Tamandaré

Profissão:

Cancro

Condicion:

() Segurado

() Esposa

() Filho

() Outro

Nome do Acompanhante:

Endereço:

Q. Nova da Serra

Nº:

Município:

Tamandaré

Ocorrência:

Local da Ocorrência:

Tipo de Ocorrência:

() Acidente de Trânsito () Agressão () Outros

Atendimento: h Min.

() Acidente de Trânsito () Suicídio () Acidentes

Pressão Arterial: Máx.

Min:

P脉:

Temperatura Axilar:

Renal:

Queixa Principal - História da Doença Atual:

Dor abdominal

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica:

Dor abdominal

Tratamento:

Dor abdominal

Destino do Paciente:

CID. N° _____

() Observação Clínica

() Transferido para outra Unidade

() Liberado para Residência com Medicação Prescrita

() Internado

() Liberado para Residência com Medicação Aplicada

() Óbito h Min.

Dr. Antônio José Roberto

MÉDICO

CREMEPE 4682

25/01/19

Data

Assinatura do Médico/CRM/Carimbo



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2007, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial do Poder Executivo e ao Poder Judiciário, que o paciente abaixo nomeado, indicado, cuja identidade foi por mim conferida nos termos do art. 8º da Resolução CFM nº 1.658/2007, é constatado que a sua condição é justificada, na medida da patologia(s) constatada(s) abaixo, com as consequências descritas a seguir:

Nome do Paciente: Máthias de Souza dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID-10

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

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

Não

Sim, Quais?

ao exame apurado, se aponta
na náusea, suspiro, dor devido
à fadiga, de desafastamento
e tendinite edema facial e joelhos

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

Rifex da dor no pulmão, a
intensidade das náuseas, infe-
cção local das mucosas e
a fadiga de Mervito

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

Não

Sim, Porque?

Pela dor pelo necessidade de
manter pulmão respirável e pelo
falso ego

A incapacidade é irreversível?

Sim

Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré

09 MAIO 2019

Dr. Pedro Góes
Traumatologista
CRMESP 4223



Atendimento: 478691

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

Senha da Classificação:

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
 Endereço: LOTEAMENTO COHAB 1 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: TAMANDARE PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 987525200
 Cartão SUS: 163963294420001 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

⑥ At com 19 em 05 de outubro
do moto/carr. Pernambuco
em Pern. S. G. perim. ①

Exame Físico

④ 6661 8881 10th Avenue

② Noche y de

(3) yellow 15

Galton on Radio Dakit

Conduta Terapeutica

Timobilyan OR

Prescrição Médica

Prescrição Médica

~~A Hora / Prazo / Formulário~~

~~Dott. Bruno Bazzucchi
Città di Castello 1993~~

EM CASO DE INTERNACÃO 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 constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Matheus de Sáley dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

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

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

() Sim, Quais? ao inicio aparente pequena
ma nulato superior (d) devido
à fratura de bordo distal articulão (d)
e tendente edema e hidrocoele (d)

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

Rif. dor no pulso (d), q
mitigada des paciente impo-
ver sua vida, não pode se (d)
q deixar de ficar

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

() Não

() Sim, Porque? Pela dor pelo medo q
maior piso seu pulso e seu
palmo

A incapacidade é irreversível?

() Sim

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

Tamandaré/PE 09 MAR 2019

Dr. Paulo Gama
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. José da Silveira
CRM-PE 22761

Nome

B791

CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

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

DATA

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

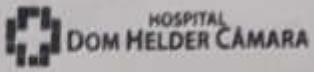
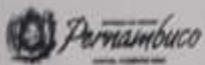
Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

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



ATESTADO MÉDICO

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

Mathias da Silveira Sá 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 Janeiro de 20 19

Dr. Bruno D'oliveira
Otorrinolaringologista
CRM: 16693
CRM: Médico



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



RECEITUÁRIO

MATHOUS S. S. C.

Mun. Curitiba

Bravo de Felic.

do IMIP

Lt. Fábio Rodrigues
Ortopédico Traumatologista



Nome: *Mathews da Silva dos Santos*

Idade: 20 anos

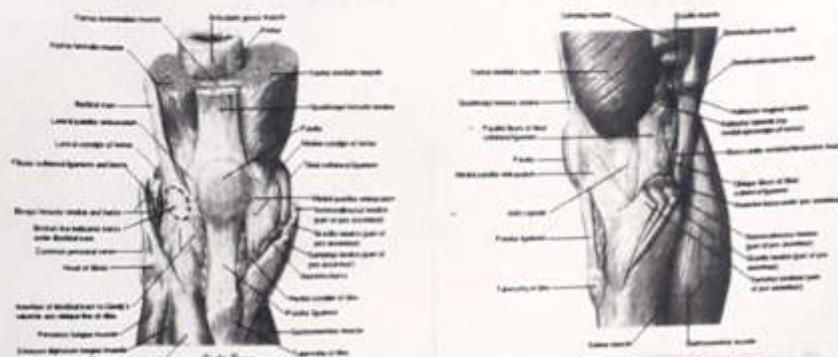
Data de nascimento: 05/02/99

Relatório de ultrassonografia de joelho

Data de 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

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

Belo 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.

Tendo o quadríceps femoral íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento patolar intato, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

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

Ligamento colateral medial íntegro, de forma e espessura normais.

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

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

Tendão do bíceps femoral íntegro, de 1 a 2 cm de comprimento. Nós e laços realizados.

Não foram visualizadas imagens compatíveis com cistos popliteos.

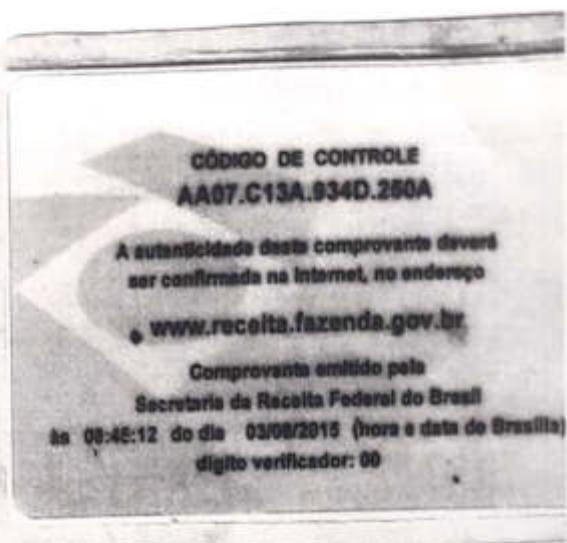
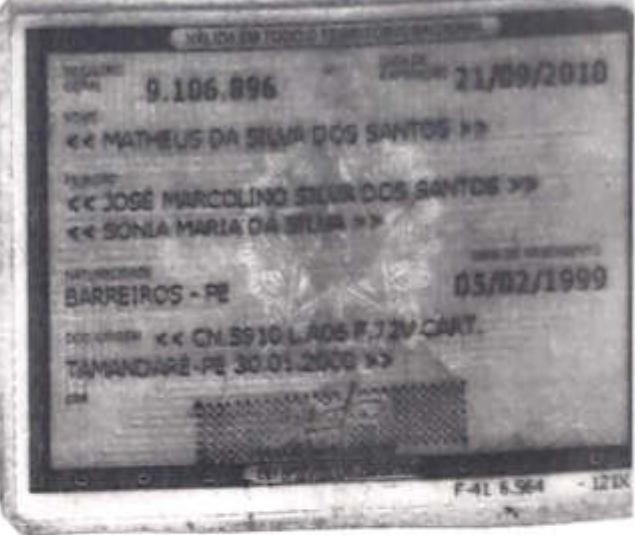
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: estudo ultrassonográfico das estruturas do joelho direito observando lesão intra-articular em moderada quantidade e extrusão do menisco lateral.

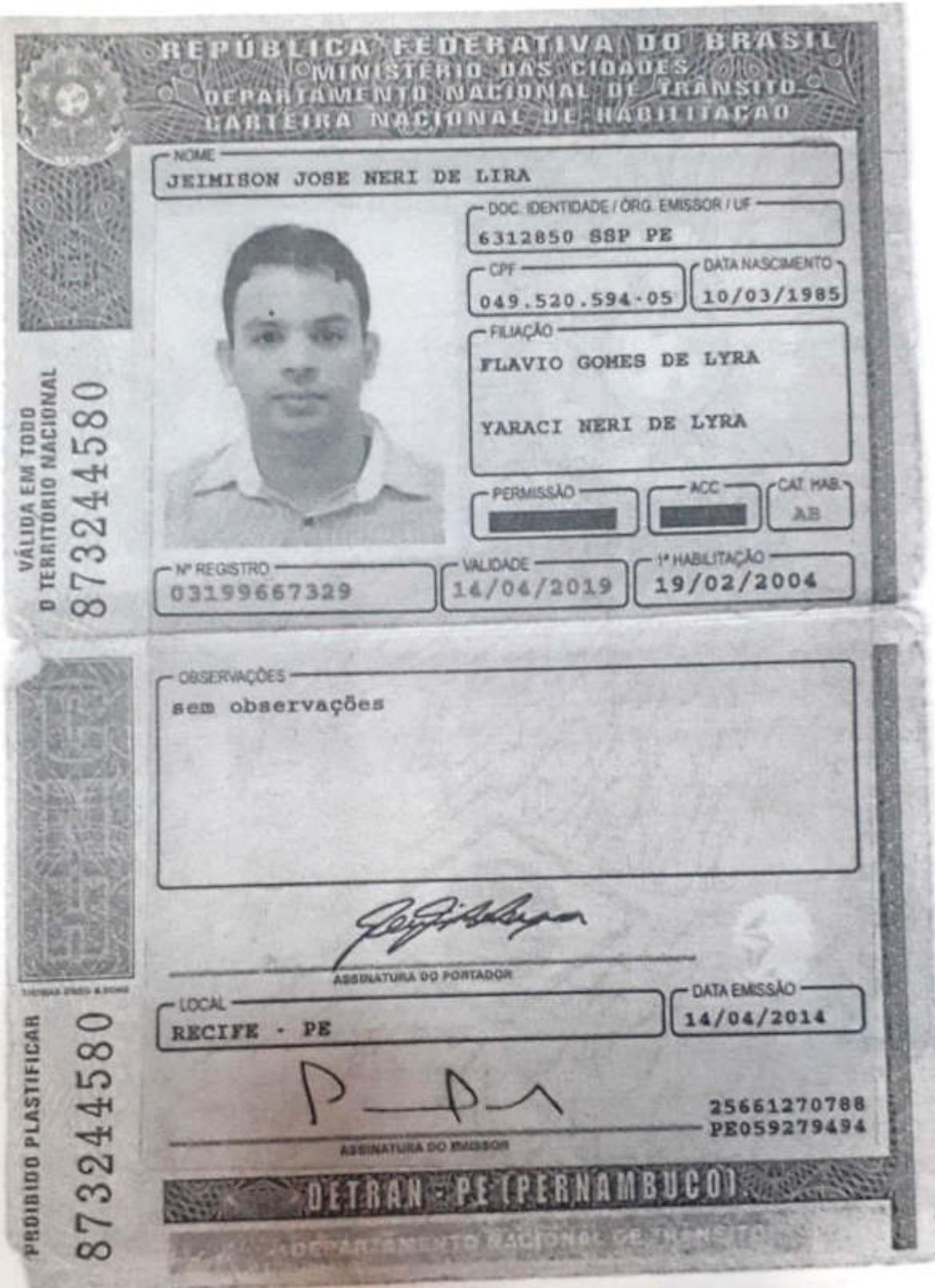
Tamandaré-PE, 09 de Maio de 2019.

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

Dr. Fábio Saito
CRM-PE 14.517

CRM-PE 14.517





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013935893042

VIA

CÓD. RENAVAM

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

1

1108594422

2018

NOME

SÉRGIO 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

1*

FAIXA IPVA.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2*

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO

RO OBRIGADO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

NÃO VULDO PARA TRANSFERÊNCIA

TAMANDARÉ

LOCAL

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director 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

Valorização 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

Valorização 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

Valorização 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

Valorização 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

DETAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013935893042

VIA

CÓD. RENAVAM

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

1

1108594422

2018

NOME

SÉRGIO 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

1*

FAIXA IPVA.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2*

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO

RO OBRIGADO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

NÃO VULDO PARA TRANSFERÊNCIA

TAMANDARÉ

LOCAL

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director 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

Valorização 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.

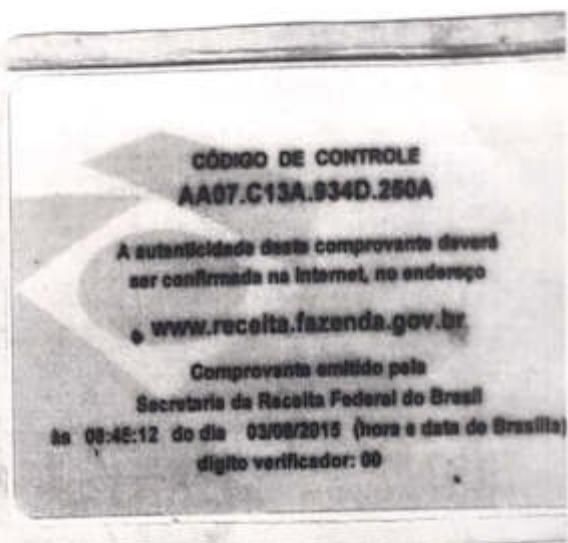
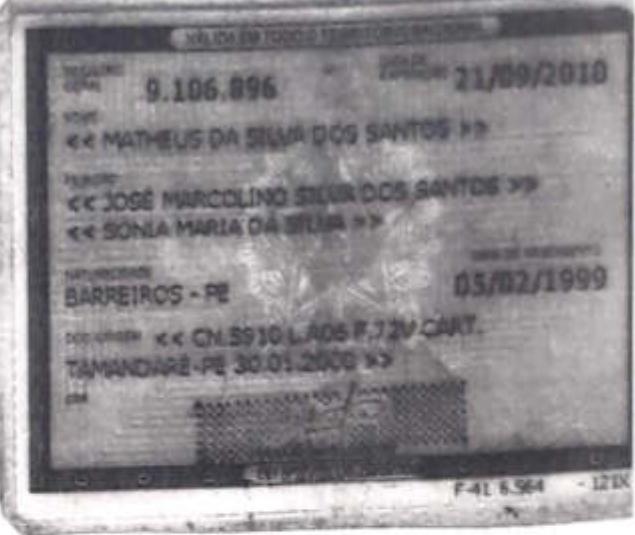
Documentos complementares:

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



SUS J63 9632 9448 0001

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ****Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência**

Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ MÚCIO MONTEIRO

Registro N°

27 47 44

Data:

25/01/19

Hora:

15 h 55 Min.

Nome do Paciente:

Waldemar da Silva Santos

Data de Nascimento:

05/01/19

Idade:

39 Anos

Sexo:

Masculino

() Feminino

Endereço:

R. São João

Nº:

Município:

Tamandaré

Profissão:

Cancro

Condicão:

() Segurado

() Esposa

() Filho

() Outro

Nome do Acompanhante:

Endereço:

Q. Nova

Nº:

Município:

Tamandaré

Ocorrência:

Local da Ocorrência:

Tipo de Ocorrência:

() Acidente de Trânsito () Agressão () Outros

Atendimento: h Min.

() Acidente de Trânsito () Suicídio () Acidentes

Pressão Arterial: Máx.

Min:

P脉:

Temperatura Axilar:

Renal:

Queixa Principal - História da Doença Atual:

Dor abdominal

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica:

Dor abdominal

Tratamento:

Dor abdominal

Destino do Paciente:

CID. N° _____

() Observação Clínica

() Transferido para outra Unidade

() Liberado para Residência com Medicação Prescrita

() Internado

() Liberado para Residência com Medicação Aplicada

() Óbito h Min.

Dr. Antônio José Roberto

MÉDICO

CREMEPE 4682

25/01/19

Data

Assinatura do Médico/CRM/Carimbo



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2007, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial do Poder Executivo e ao Poder Judiciário, que o paciente abaixo nomeado, indicado, cuja identidade foi por mim conferida nos termos do art. 8º da Resolução CFM nº 1.658/2007, é constatado que a sua condição é justificada, na medida da patologia(s) constatada(s) abaixo, com as consequências descritas a seguir:

Nome do Paciente:

Máthias de Souza dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID-10

- 1) T92 - M05 - S62.5
- 2) _____
- 3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

Não

Sim, Quais?

ao exame apurado, se aponta
na náusea, suspiro, dor devido
à fadiga, de desafastamento
e tendinite edema facial e joelhos

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

Rifex de dor no pulmão, a
intensidade das náuseas impõe
muita fadiga, dor no joelho e
a fadiga devido

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

Não

Sim, Porque?

Pela dor pelo medo de
manter pulmão intubado e pelo
falso ego

A incapacidade é irreversível?

Sim

Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré

09 MAIO 2019

Dr. Pedro Góes
Traumatologista
CRMESP 4223



Atendimento: 478691

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

Senha da Classificação:

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
Endereço: LOTEAMENTO COHAB 1 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: TAMANDARE PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 987525200
Cartão SUS: 163963294420001 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

⑥ At com 19 em 05 de outubro
do moto/carr. Pernambuco
em Pern. S. G. perim. ①

Exame Físico

④ 6661 6881 10th Avenue

② Noche de x

(3) Glossum 16

1) Test Diagnóstico Fallos en la red de voz

The common

Conduta Terapeutica

Timoblynni OR

Prescrição Médica

Prescrição Médica

~~A Hora / Prazo / Formulário~~

~~Dott. Bruno Bazzucchi - 1993~~

EM CASO DE INTERNACÃO 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 constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Matheus de Sáley dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

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

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

() Sim, Quais? ao inicio aparente pequena
ma nulato superior (d) devido
à fratura de bordo distal articulão (d)
e tendente edema e hidrocoele (d)

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

Rif. dor no pulso (d), q
mitigada des paciente impo-
ver sua vida, não pode se (d)
q deixar de ficar

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

() Não

() Sim, Porque? Pela dor pelo medo q
maior piso seu pulso e seu
palmo

A incapacidade é irreversível?

() Sim

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

Tamandaré/PE 09 MAR 2019

Dr. Paulo Gama
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

Nome

B791

CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

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

DATA

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

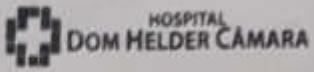
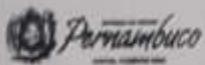
Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

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



ATESTADO MÉDICO

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

Mathias da Silveira Sá 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 Janeiro de 20 19

Dr. Bruno D'oliveira
Otorrinolaringologista
CRM: 16693
CRM: Médico



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



RECEITUÁRIO

MATHOUS S. S. C.

Mun. Curitiba

Bravo de Felic

do IMIP

Lt. Fábio Rodrigues
Ortopédico Traumatologista



Nome: Matheus da Silva dos Santos

Idade: 20 anos

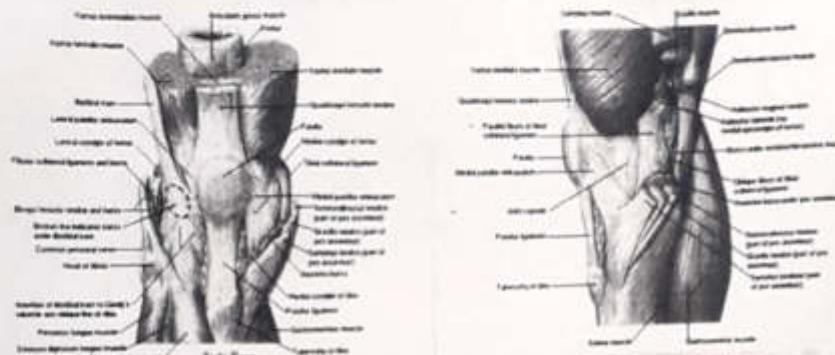
Data de nascimento: 05/02/99

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 quadriceps 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.

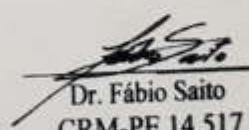
Tendão do bíceps femoral íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Bursas subtendineas não visualizadas.

Não foram visualizadas imagens compatíveis com cistos popliteos.

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.


Dr. Fábio Saito
CRM-PE 14.517

Tamandaré- PE, 09 de Maio de 2019.

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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



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

Ouvridoria (800) 282-5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

800-777-0157 - Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
JEIMISON JOSE NERY DE LYRA	26/09/2019	03/09/2019	007003590261
CPF: 049.520.594-05		DATA DA APRESENTAÇÃO	NP DO CLIENTE
		03/09/2019	2818381783
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TOTAL A PAGAR (R\$)	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
RUA JOAO B VASCONCELOS 111 -A	93,68	075668987	0005268583
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			

DESCRICAÇÃO 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 Resv	Valor	
Acréscimo Bandeira VERMELHA				5,67	24/05/19	03/06/19	1.883,77	
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

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO consigna débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por mais ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º REN 114/Anel. Podem ocorrer equipes de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54033000		
SET	19	100	
AGO	19	204	
JUL	19	296	
JUN	19	382	
MAI	19	357	
ABR	19	338	
MAR	19	350	
FEV	19	292	
JAN	19	265	
DEZ	18	204	
NOV	18	437	
OUT	18	367	
SET	18	460	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000063120423648	CAT	03/08/2019	95.289,00	03/09/2019	95.256,00	31	1,00000	0,00	7,00
000000063120423648	CRT	03/08/2019	63.658,00	03/09/2019	63.862,00	31	1,00000	0,00	4,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2018					
DIC-No. de horas sem Energia	BARREIROS	6,00	8,93	13,06	34,12
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,42	8,83	13,79
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 29,83					
<small>Todos os resultados podem sofrer alterações a medida que novos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI são gerados sempre que houver novas interrupções.</small>					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! missão costa foto e vídeo: rua dom luiz no 380 centro / mwi variiedades: rua monsenhor taubaldo rocha centroLista completa em www.celpe.com.br.

No dia 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 prazo, mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encarramento 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 cahnoto será usado em leitora ótica.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este capacho será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



838800000003 936800110070 003590261104 142214696830



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Júlio César Pinto de Almeida inscrito (a) no CPF 049.620.594 / 05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Matheus da Silveira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 133.657.214 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura Irregularidade da Vítima Matheus da Silveira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° _____, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

Nome completo da vítima:

133.657.214-01 Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo:

Profissão: *Matheus da Silva dos Santos*

CPF: *133.657.214-01*

Bairro: *Garcem*

Endereço:

100 Catolé

Número: *91-A* Complemento: *casa*

E-mail: *admnistrat@polyroadr.com.br*

Cidade:

Jonamandri

Estado: *PE*

CEP: *55578-000*

Tel.(DDD): *8199751-5587*

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: *Banco Bradesco*

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão
digital da
víctima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: *Banheiros, 27 de Novembro de 2019*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

133.657.214-01 Matheus da Silva dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Matheus da Silva dos Santos

CPF
133.657.214-01

Profissão:

Garçom

Endereço:

100 Catolé

Número:

91-A

Bairro:

Jonamandri

Cidade:

Jonamandri

Estado:

PE

Complemento:

esca

E-mail:

admnistrativa@polyroadr.com.br

CEP:

55578-000

Tel.(DDD)
8199751-5587

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Banco Bradesco*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

6043

CONTA:

0009593

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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:

MORTE

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: *Bananeiras, 27 de Novembro de 2019*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Matheus da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 CIRCUNSCRICAO - TAMANDARE -
DP79ºCIRC DINTER1/13ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E0169000718

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 16/1/2019 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TAMANDARE, 1, RODOVIA PE
48, TAMANDARE/PE - Bairro: CENTRO - TAMANDARE/PERNAMBUCO
/BRASIL - Pontos de Referência: ANTES DA MARINAS
Local do fato: RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE 48, TAMANDARE/PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGERIE)
SERGIO BARBOSA DA SILVA (OU INC.)
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)

Si(a) DESCONHECIDO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)

Si(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nacionalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8198826/SDS/PE
(RG) 13368721481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares:
- 819882688738

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAMANDARE, 1, RUA NOVO AFOGADO, S/N,
LOTEAMENTO COHAB I, CENTRO, TAMANDARE - CEP: 56280-060 - Bairro: CENTRO -
TAMANDARE/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) Si(a): SERGIO BARBOSA DA SILVA,
que estava em posse do(a) Si(a): MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

solelum de Ocorrência

Identificação da ocorrência: 00000000000000000000000000000000

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

Placa: **POL5532** (PERNAMBUCANO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** | Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAM 11085594422**

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** | Operário
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 TAMANDARE/PE RECEBENDO O NUMERO DE REGISTRO DE N° 273418, E POSTERIORMENTE SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, TENDO COMO ATENDIMENTO DE N° 478897, DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS LEGAIS.

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

Matheus da Silva dos Santos

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)



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

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

Rio de Janeiro, 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**

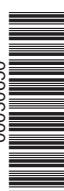
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

Atenciosamente,



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

Rio de Janeiro, 03 de 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.**

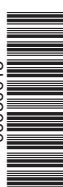
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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: 00000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO12122019050000000002370604300000009593168750 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: 00000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO12122019050000000002370604300000009593168750 PAGO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão GARCON

Residente e domiciliado à Rua LÓI COHAB

Nº 91 A, Bairro CENTRO Município de RECIFE

Estado de PE CEP 55560 000 Portador (a) do
RG Nº 9 106 896 SSP/SDS/PE e CPF Nº 133 657 214-01

OUTORGADO: André Artury de Lima Vasconcelos Silva, solteiro , autonomo, 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) autorgante 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 farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bonançoso, 07, Novembro de 20 19.

Matheus da Silva dos Santos firma

OUTORGANTE

CPF Nº 133 657 214-01



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS
Praca Presidente Getúlio Vargas, 97, Centro - Tamandaré - PE - CEP: 55.570-000 - Tel: (81) 3876-1237

Reconheço a Firma por autenticidade da: MATHEUS DA SILVA
DOS SANTOS Sou fê . TAMANDARÉ-PE Escrivante autorizada:
ANNA CAROLINA DA SILVA WANDERLEY. Emol:R\$ 3,59, TSMR:R\$
0,60, PERC:R\$ 0,40, Faria:R\$0,04, Funseg:R\$0,08, Total:R\$
4,91.

[Handwritten signature]

Belo: 0156588.NEF10201903.00429 07/11/2019 12:36:16
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://tjpe.jus.br/seledigital)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426847/19

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF: 133.657.214-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/01/2019

Titular do CPF: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Valorização 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.

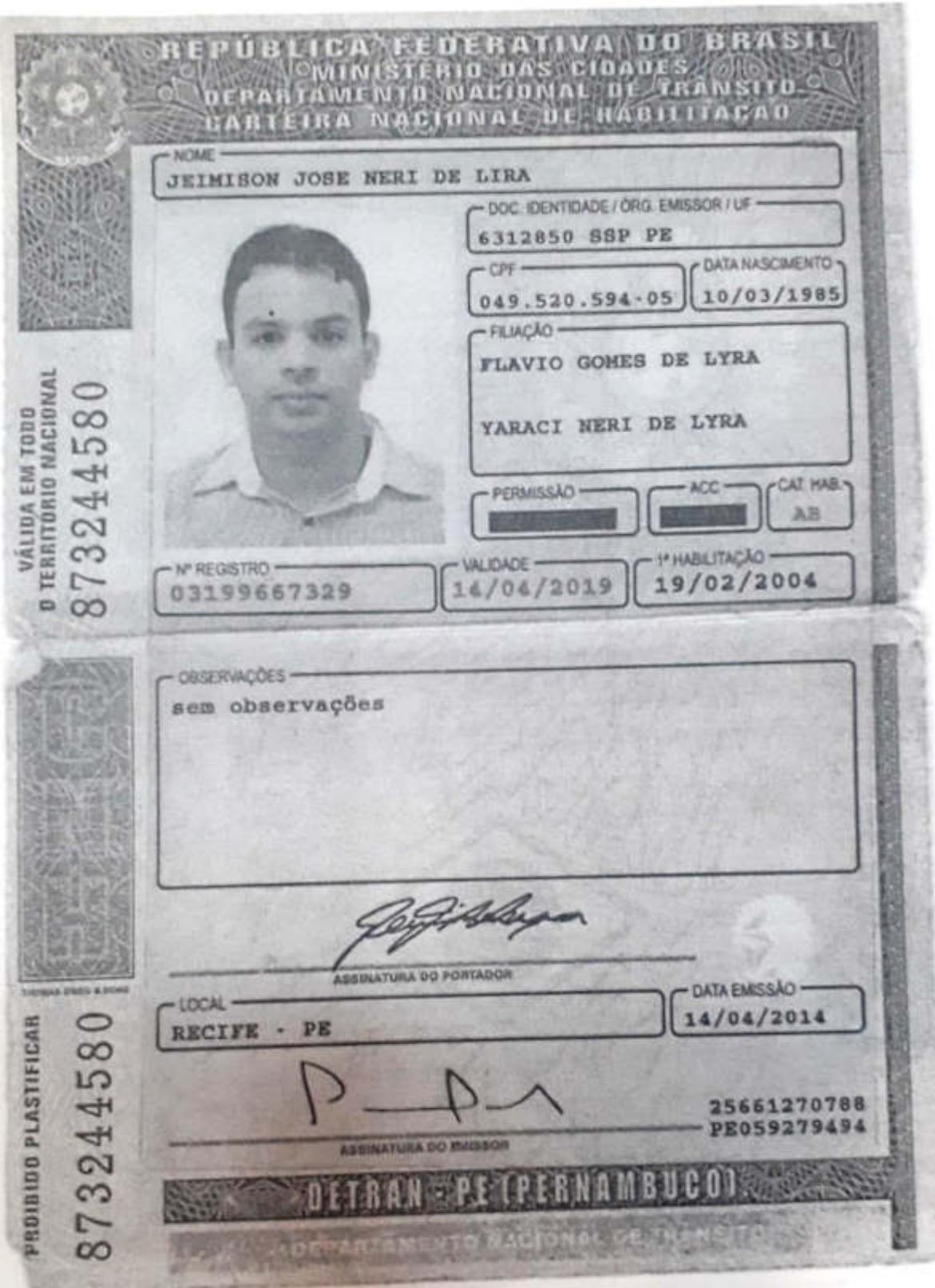
Documentos complementares:

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão GARCON

Residente e domiciliado à Rua LÓI COHAB

Nº 91 A, Bairro CENTRO Município de RECIFE

Estado de PE CEP 55560 000 Portador (a) do
RG Nº 9 106 896 SSP/SDS/PE e CPF Nº 133 657 214-01

OUTORGADO: André Artury de Lima Vasconcelos Silva, solteiro , autonomo, 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) autorgante 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 farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bonançoso, 07, Novembro de 20 19.

Matheus da Silva dos Santos firma

OUTORGANTE

CPF Nº 133 657 214-01



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS
Praca Presidente Getúlio Vargas, 97, Centro - Tamandaré - PE - CEP: 55.570-000 - Tel: (81) 3876-1237

Reconheço a Firma por autenticidade da: MATHEUS DA SILVA
DOS SANTOS Sou fê . TAMANDARÉ-PE Escrivante autorizada:
ANNA CAROLINA DA SILVA WANDERLEY. Emol:R\$ 3,59, TSMR:R\$
0,60, PERC:R\$ 0,40, Fara:R\$0,04, Funseg:R\$0,08, Total:R\$
4,91.

[Handwritten signature]

Belo: 0156588.NEF10201903.00429 07/11/2019 12:36:16
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://tjpe.jus.br/seledigital)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426847/19

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF: 133.657.214-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/01/2019

Titular do CPF: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

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

Rio de Janeiro, 03 de 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

