

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, JOSE QUERCIO DA SILVA
RG nº 9.691.734, data de expedição 19/02/2013
Órgão BSP-PE, portador do CPF nº 121.174.234-26
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
FRONIANO PECHOTO, nº 11
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS, cujo o condutor era
NILSON MARTINS DA CRUZ
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA MXR-150 Ano: 2011
Placa: PEL 9945 Chassi: 9C2K0055087051430
Data do Acidente: 10/11/2017

Local e Data: São José do Belmonte, 06-06-2019.

Jose Quercio da Silva

Assinatura do Declarante

11 JUN 2019

Nilson Martins da Cruz

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Dr. José Alves da Carvalho. 32
Rua São José do Belmonte - PE

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRGENS GOMES DE MARIAS PEREIRA
Telefone: (87) 38841-006

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (07) 35311-924

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE QUERCIO DA SILVA. São José do Belmonte/PE. Dou Fé. Edvirgens Gomes de Marias Pereira. Tabela Pública. Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERN: R\$ 0,04, FUNSEG: R\$ 0,08, FERC: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,91.

Selo: 0076398.MV05201901.00419 06/06/2019 09:42:19
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Reconheço a Firma por Autenticidade de NILSON MARTINS DA CRUZ. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva-Titular. () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, FUNSEG: R\$ 0,04, FUNDO: R\$ 0,08.

Selo: 0074872.EXN05201902.02227 07/06/2019 09:26:11
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Tarifa Social de Energia Elétrica: Cidade pelo Lei 10.438, de 26/04/03

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.838.832/0001-08 | Ins. Reg. 0005943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF: 288 442.044-91
CLASSIFICAÇÃO

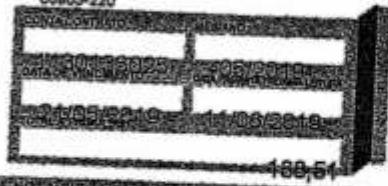
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56603-220

13062019	200630119	2006341
13062019	200630119	2006341



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	206,0000000	0,78074867	163,17
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,22
Contrib. Sum. Pública Municipal			8,12
Doação APAE - 0800 722 2723			16,00

TOTAL DA FATURA

IP DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	IP de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
180754	CAI	110402019	7.712,00	13062019	7.821,00	32	1,0000
							206,00

Mês/Ano kWh	IGMS	PIS	COFINS	Valor do Imposto	Composição do Consumo
MAR19 308					Consumo de Energia R\$ 82,02 31,64%
ABR19 102					Transmissão R\$ 5,02 3,04%
MAY19 228					Distribuição (Celpe) R\$ 35,21 21,49%
FEV19 240					Perdas de Energia R\$ 11,12 6,79%
JAN19 318					Energia Solarizada R\$ 9,30 5,68%
DEZ19 230					Tributação R\$ 81,81 50,20%
NOV19 240					Total R\$ 184,38 100%
OUT19 346					
SET19 182					
AGO19 182					
JUL19 180					
JUN19 180					
MAY19 180					

8075.828A.D722.FFAF.C88C.2E93.8677.EB48

Pague no ponto mais perto de você! Formas populares: Encargos governamentais 717 reais são de energia (imagens e vídeos informam) e Anuário. Mais informações: acesse www.celpe.com.br. A partir de 2004, todos os consumidores terão de 4,00% para Bateria Tarifa e 3,75% para Alça Tarifa. O cliente é compensado quando há redução de consumo individual ou redução de tarifa de fornecimento. Pague em duas parcelas para multa (70% para 1ª parcela e 30% para 2ª parcela) e atualizações mensais no preço. Se o cliente é compensado quando há desenvolvimento de energia distribuída para o sistema de armazenamento comercial. O consumidor pode cancelar o contrato de serviço de fornecimento de energia a qualquer tempo - Art. 1º, inciso III, da Lei 10.438/03.

DEBÍTO	VALOR ATUALIZADO (R\$)	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL	TENSAO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIO	0,00	5,43	10,86	21,72	220	202 - 231
PID	0,00	5,43	10,86	21,72		
OMD	0,00	5,43	10,86	21,72		

Unidade DIO: 12,22 R\$22 - Valor da Energia de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 58,80

11 JUN 2019



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos Vistas, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.836.922/0001-09 | Insc. Est. 0600943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI VOLTA DO RIACHO 11 - C

CPF: 658 640 544-34

BOM NOME - REGIAO RURAL/BOM NOME
SAO JOSE DO BELMONTE PE
58950-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA/CONTRATO MÊS/MO
7025120307 03/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISÍVEL DE VENCIMENTO
27/03/2019 17/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 35,71

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA
054804187	UNICA	20/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/03/2019	2002346579	6408772

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	43,000000	0,76250324	32,36
Contrib. Sum. Pública Municipal			2,33
Multa por atraso-NF 036825487 - 19/10/18			0,35
Juros por atraso-NF 036825487 - 19/10/18			0,68
TOTAL DA FATURA			35,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	CONSUMO (kWh)
343126205	LAT	16-03-2019	146,30		20-03-2019	189,30		43,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS			CONTRIBUIÇÃO ANEXO CONSUMO		
Mês/Ano	Consumo (kWh)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Correção de Energia	R\$ 18,02	30,00%
MAR 19	43		ICMS	32,36	25,00	Transmissão	R\$ 1,48	4,61%
FEV 19	34		PIS	32,36	1,01	Distribuição	R\$ 9,06	21,48%
JAN 19	30		COFINS	32,36	4,68	Perdas de Energia	R\$ 2,18	6,77%
DEZ 18	30				1,51	Energia Solarizada	R\$ 1,79	5,57%
NOV 18	30					Tributos	R\$ 0,81	2,52%
OCT 18	30					Total	R\$ 33,36	100%
SET 18	30							
AUG 18	30							
JUL 18	30							
JUN 18	30							
MAY 18	30							
ABR 18	30							
MAR 18	30							

Pequeno resumo sobre o uso do sistema de medição, alertando sobre a importância de manter o sistema em bom estado e a necessidade de realizar a leitura correta do medidor. O cliente é responsável por garantir a correta instalação e manutenção do sistema de medição. O cliente é responsável por garantir a correta instalação e manutenção do sistema de medição.

Atendimento geral de
Serviços de Energia Elétrica
414.0010, de 14/04/2010, e
serviços prestados em nome de
prestadores de serviços, para
prestação de serviços de
manutenção e reparação de
instalações elétricas.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
DATA	VALOR APURADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
01/01/19	0,00	11,04	23,04	47,79	220	202	231

11 JUN 2019



Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Relatório do mês com curso
sobre Tronqueira no pte (C)
Lecções do pte (C)
Corte de Unhas

Hipótese Diagnóstica:

Ex exposta do pai (2)

Conduta Terapêutica:

- 1) Control vaso periferico
- 2) Captopril 25 mg EV 14/80
- 3) SFU 2% 100ml, EV + Granat Oligo 14/80
- 4) Etoposide 0.1g + SFU 2% 100ml 14/80
- 5) Pacira anti-tetanica → 14/80

11 JUN 2019

Normal No New F.G/Fa SGMA: ^{SGRP} 5295854

Observação ☒ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Maria Irandi Gonçalves Ribeiro
ENFERMEIRA
COREN-GE 112752

Téc./Aux.Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/ou Responsável: _____

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO

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: **658.840.944-34** Nome completo da vítima: **JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

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

Nome completo: **JOSE FRANCISCO DOS SANTOS** CPF: **658.840.944-34**

Profissão: **APOSENTADO** Endereço: **SÍTIO VOLTA DO RIACHO** Número: **11-C** Complemento: **CASA**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE** Estado: **PE** CEP: **56950-000**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **(87) 99998-1477**

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0914** CONTA: **65145** **2**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 11-06-19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Francisco dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

11 JUN 2019

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000346**

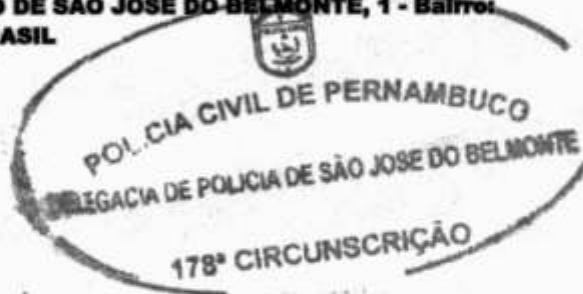
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **09:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2017** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, EM FRENTE AO MATADOURO PÚBLICO DE BOM NOME - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
NILSON MARTINS DA CRUZ (OUTRO)
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NILSON MARTINS DA CRUZ**

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

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ANTONIA DOS SANTOS
Data de Nascimento: **26/12/1955** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10176053/SDS/PE (RG)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Residencial: **TRAVESSA JOSE PEDRO LEAL, N° 26, BOM NOME, RUA DA IGREJA CATOLICA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NILSON MARTINS DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA SOLIDADE MARTINS DA CRUZ
Pai: **JOÃO BATISTA LINO DA CRUZ** Data de Nascimento: **20/11/1978** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **207011/MEX/PE (RG), 03160601439 (CPF), 05380067970 (CNH)** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares: **- 8791254553**

Residencial: **RUA ANTONIO BEZERRA N° 54, BOM NOME, AOL ADO DA IGREJA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **NILSON MARTINS DA CRUZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEL9945** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **326739467** Chassi: **9C2KD0550BR011430**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

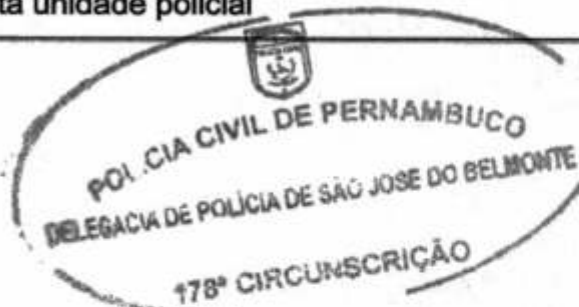
11 JUN 2019

Descrição: **PROPRIETÁRIO : JOSE QUERCIO DA SILVA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR JOSE FRANCISCO DOS SANTOS COMUNICANDO ESTÁ OCORRÊNCIA. INFORMA O MESMO QUE VINHA NA CONDIÇÃO DE GARUPA NO VEÍCULO ACIMA RELACIONADO O QUAL VINHA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE NILSON MARTINS DA CRUZ NA BR 232 SENTIDO DISTRITO DE BOM NOME / SÃO JOSE DO BELMONTE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO MATADOURO DE BOM NOME O CONDUTOR REALIZOU UMA MANOBRA PARA ESQUERDA TENDO A VISÃO ENCANDEADA PELA LUZ DO SOL, VINDO A PERCEBER QUE OUTRO VEÍCULO (MODELO PARATI) SE APROXIMAVA RAPIDAMENTE NO SENTIDO CONTRARIO, FATO QUE FEZ COM QUE ACELERRASE DE VEZ A MOTOCICLETA PARA EVITAR A COLISÃO, MOMENTO ESTE EM QUE A VÍTIMA CAIU AO SOLO. QUE POSTERIORMENTE FORA CONDUZIDO POR UMA AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DE SÃO JOSE DO BELMONTE ONDE DEU ENTRADA MEDIANTE REGISTRO DE N° 00036086 DATADO EM 10/11/2017. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE B.O.E //

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

**JOSE FRANCISCO DOS SANTOS
(VITIMA)****NILSON MARTINS DA CRUZ
(OUTRO)**B.O. registrado por: **THIAGO AUGUSTO DA SILVA RODRIGUES** - Matrícula: **320258-5**

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Thiago Augusto da Silva Rodrigues.

11 JUN 2019

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190373799
Nome do(a) Examinado(a): Jose Francisco dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Sitio Volta do Riacho, 11 C
Zona Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 101760531
Data local do acidente: [10/11/2017]
Data local do exame: [01/07/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE DEDOS DO PÉ COM PERDA OSSEA DIREITO

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO

Complicações: PERDA DE MOBILIDADE DO 2-3 DEDOS DO PÉ DIR

Data da Alta: 20/05/2019

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

PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Obenise A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco

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: **658.840.944-34** Nome completo da vítima: **JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

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

Nome completo: **JOSE FRANCISCO DOS SANTOS** CPF: **658.840.944-34**

Profissão: **APOSENTADO** Endereço: **SÍTIO VOLTA DO RIACHO** Número: **11-C** Complemento: **CASA**

Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SAO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PE** CEP: **56950-000**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **(87) 99998-1477**

DADOS CADASTRAIS

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0914** CONTA: **65145** **2**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **SAO JOSE DO BELMONTE-PE 11-06-19**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Francisco dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

11 JUN 2019

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

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

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373799

Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000065145-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190373799 **Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 10/11/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01767/01768 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14491600

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373799

Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO 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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000065145-2

Nr. da Autenticação 68D2603E2B45F005

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSE FRANCISCO DOS SANTOS
portador(a) do documento de identidade nº 10.176.053, expedido por _____
em 15/05/2015 inscrito no CPF sob o nº 658.840.944-34, residente na
SI VOLTA DO DIACHO, nº 11-C
complemento CASA, Bairro RURAL, cidade
SÃO JOSE DO BELMONTE, Estado PE, Data do acidente 10/11/2017
DPVAT cobertura INVALÍDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.495.324-29, residente na
ANTÔNIO TOME DE SOUZA, nº 523
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTÓVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SÃO JOSE DO BELMONTE 04 de 05 de 2014

Outorgante X JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: ROGERIO AMARAL DA SILVA
Telefone: (07) 35311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de JOSE FRANCISCO DOS SANTOS. Dou Fé. Serra Talhada, PE, em 04 de maio de 2014. () da verdade. () Registrado. Assessor da Silva. () Maria Lúcia de Sousa Substituta. Assessor. 0,39. TENS-R\$ 0,40. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,06. FUND-R\$

Selo: 0074872.VBT04201902.04950 09/05/2019 09:17:40
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 187.051.34-20

11 JUN 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197503/19

Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 658.840.944-34

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/11/2017

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS : 658.840.944-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014488150280
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1 326739467 RUA: 2013
COD. RENAVAM: 2013

JOSE QUEZIO DA SILVA
NOME

SÃO J. BELFORT - PE
CITY: 121 174 234-26 PLACA: BEL 1948

PLACA ANT / UF: 2013
CHASSI: 9028005508011430

ESPECIE TIPO: 2013
COMBUSTIVEL: 2013

PAIS / NOTICIA: 2013
MARCA / MODELO: 2013

2013 / 1400L: 2013
CATEGORIA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

1 1000L: 2013
COTA UNICA: 2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014488150280 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE QUEZIO DA SILVA

CARTEIRA: 56950-000
CITY: 121 174 234-26 PLACA: BEL 1948

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

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

EXERCÍCIO: 2013 DATA EMISSÃO: 02/02/19

RENAVAM: 326739467 MARCA / MODELO: HONDA / XR 150 DECS 25

ANO FAB: 2011 COTIZ: 09 ANO CHASSI: 9028005508011430

PRÊMIO TARIFÁRIO: 36.05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15

CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.05

COTA UNICA: 4.15

DATA DE OUTRACAO: 28/01/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.349.929/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373799 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DEDOS DO PÉ COM PERDA OSSEA DIREITO

Descrição do exame físico: PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Nº do Registro: 00036086 Data: 10/11/2017 Hora: 14:00
 Nome: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
 Idade: 61 Anos, 10 Meses Data Nascimento: 26/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)
 Mãe: MARIA ANTONIA DOS SANTOS Pai:
 Cartão SUS: 700200923471920 RG:RG
 Logradouro: RUA JOSE PEDRO LEAL Nº 27 Bairro: BOM NOME
 Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO
 Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
 Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT: mg/dl PA: X mmhg Peso: kg
 Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

*Colisão de moto com carro
 com fratura no pé (D).
 fratura do pé (D).
 com fratura do pé (D).*

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta do pé (D)

Conduta Terapêutica:

- 1) Curativo com antisséptico
- 2) Curativo de, EV 14/10
- 3) 500,2% 100ml, EV + Toraxal 0,1g 14/10
- 4) Estômago 0,37 + 500,2% 100ml 14/10
- 5) Vacina anti-tetânica 14/10

11 JUN 2019

Normal no J. A. F. C. F. A. S. G. N. I. A. : 5295854

Observação ☒ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

[Assinatura]
Médico

Maria Irandi Gonçalves Ribeiro
ENFERMEIRA
COREN-PE 812752
Enfermeira

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/ou Responsável

9186

91862068

22/05/01

20/11/17; às 14 hs, deu entrada neste
serviço, José Francisco dos Santos, 60 anos,
vítima de acidente de trânsito moto/carro, eg-
ressivo, orientado, eupórico, normotenso, com
lesões visíveis no corpo, e trauma grave
em pé direito (fratura exposta e possível
lesão de tendões em região dorsal) produzi-
do limpeza + curativo compressivo na lesão
do pé direito, e imobilização do membro com
algodão e tala de papelão. O mesmo foi
transferido para Sora Talhada, Sertão nº
5295854 (HOSPARY) acompanhado pela fil-
meira de enfermagem Edilene. Instalado AUP
em MSE gelco nº-18 + SF 0,9%. Red. conforme
prescrição médica, administrado vacina antitetânica
repetida. Às 17 hs, nos foi informado que o
paciente foi avaliado em Sora Talhada
e direcionado ao hospital em Curuaris.

motorista Honorário
tre. enf. Edilene.

Maria Tereza Gonçalves Ribeiro
ENFERMEIRA
COREN-CE 612752

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Francisco da Silva

Prontuário: 309027

Data: 10/11/2017

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta com
perda óssea de envoltório
fraturas das metatarsais

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ho ambulatorio de
ortopedia (O mais próximo
possível da residência) em 21 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

limpeza e irrigação do ferimento
Fixação passiva para
garantir algum alinhamento do
pe

Alta Hospitalar: Data: 15/12/17

Hora: _____

11 JUN 2019

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTADO que o Segurado João Francisco
Dr. Sérgio portador da Carteira Profissional nº _____
série _____, necessita de 30 (trinta)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença. Fratura de Metatarso

HMA
Hospital ou Ambulatório

Cam 15/12/17
Localidade e Data

[Assinatura]
Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 658.840.944 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 658.840.944 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87.9.9998-1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE - 07/06/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

11 JUN 2019