Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

02/07/2020

Número: **0019635-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **17/04/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSILENE FERREIRA DA SILVA (AUTOR)	**RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
64079972	02/07/2020 15:01	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190711760 **Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 05/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01135/01136 - carta_01 - INVALIDEZ

00020568

Carta nº 15299755

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190711760 **Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 05/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Pag. 01997/01998 - carta_15R - INVALIDEZ

00020999

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000001295**
Conta: **0000036504-1**
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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 325 653 668 26
4 - Nome completo da vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSILENE FERREIRA DA SILVA
6 - CPF: 325 653 665 - 26
7 - Profissão: REC. SNS
8 - Endereço: SÃO VENTURA
9 - Número: 610
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLACAS
12 - Cidade: FREI MIGUELINHO
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55450 000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 81 99665 0454

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1295 (Informar o dígito se existir) CONTA: 36504 1 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FREI MIGUELINHO 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS-001 V002/2019

[illegible] PERNAMBUCO BRASIL

[illegible] PERNAMBUCO BRASIL

[illegible]

[illegible] JEAN MARCOS DA SILVA [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

INFORMA A VITIMA [illegible] TRAFEGAVAM [illegible] POVOADO [illegible] TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO. [illegible]

[illegible] presente nesta unidade policial

Jean Marcos da Silva

[illegible]

Josilene Ferreira da Silva

[illegible]

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 325 653 668 26
4 - Nome completo da vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSILENE FERREIRA DA SILVA
6 - CPF: 325 653 665 - 26
7 - Profissão: REC. SNS
8 - Endereço: SÍ VENTURA
9 - Número: 610
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLACAS
12 - Cidade: FREI MIGUELINHO
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55450 000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 81 99665 0454

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 1295 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 36504 - 1 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FREI MIGUELINHO 16/10/2019

X Josilene Ferreira da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPS-001 V002/2019

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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000036504-1

Nr. da Autenticação 088E0B513A6C2CD2

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

CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900
CNPJ 10.835.932/0001-49 Insc. Est. 0180594-90 www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
[illegible]

CPF [illegible]

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S[illegible]

[illegible] RURAL PLACAS
FREI MIGUELINHO PE
55780-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1931144010	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	**DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	
20,76	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
079929592	UNICA	08/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/10/2019	3001169325	1135708

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

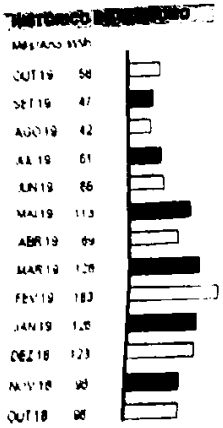
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19766001	5,92
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	28,0000000	0,33972874	9,51
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,09
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,87
Contribuição Pública Municipal			3,13
Multa por atraso-NF 076143854 - 05/09/19			0,24
Multa por atraso-NF 072321158 - 06/08/19			0,20
Multa por atraso-NF 066475557 - 05/07/19			0,30
Juros por atraso-NF 072321158 - 06/08/19			0,13
Juros por atraso-NF 066475557 - 05/07/19			0,36
Juros por atraso-NF 076143854 - 05/09/19			0,04

TOTAL DA FATURA 20,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	05/09/2019	19.138,00	08/10/2019	19.196,00	33	1,0000		58,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	16,36	1,29	0,21
COFINS	16,36	5,95	0,97

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	7,39	45,17%
Transmissão	R$	0,81	4,95%
Distribuição (Celpe)	R$	4,94	30,20%
Perdas de Energia	R$	1,56	9,54%
Encargos Setoriais	R$	0,43	2,63%
Tributos	R$	1,18	7,21%
Total	R$	16,36	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh 0,1832945
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,3142000

ASSINADO AO FISCO

0sAE 4U 7D DE1F 3987 0JA0 EUAU 7ECA 6874

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

CELPE

Tarif. Soc. de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. Cons. Rosa e Silva, 1111, Santo Amaro, Recife - PE - CEP 50050-901

CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 0 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

CONTA CONTRATO: 7005749888

MÊS/ANO: 10/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
			14/10/2019	07/11/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R$)
			102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
			[illegible]
			0,61
			[illegible]
			5,64
			0,78
			0,60
			[illegible]
			0,11

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
									[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS			
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	29,45	31,65%
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	4,95%
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	93,06	100%

[illegible] TARIFAS APLICADAS [illegible]

RESERVADO AO FISCO

FIRMA DE 15 FUNCIONÁRIO [illegible] DE [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Fique no ponto mais perto de você! Informações gerais, [illegible] do centro / [illegible] costa

[illegible]

[illegible] Resolução ANEEL 414/2010, tarifas, produtos e serviços prestados e tributos estão [illegible] disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

Seguradora LÍDER

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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Min stério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DEA. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574 940. 534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSILENE FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.683.668 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSILENE FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 325.683.668/ 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

_____.

X 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: RUA JOAO BATISTA		Número: 370	Complemento: CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE	CEP: 55750.000
Email:		Telefone comercial(DDD): 81-99665 0454	Telefone celular (DDD): 81-98133-5022

FREI MIGUELINHO 16 de OUTUBRO de 2019.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**, D.N. 12/06/1984, portadora de cédula de identidade nº 6727336 SDS/PE, CPF nº 325.683.668-26, residente e domiciliada no Sítio Lagoa Rasa, Frei Miguelinho, foi atendida nesta Unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**, no dia 05 de setembro de 2019, vítima de acidente de motocicleta, sendo encaminhando para o Hospital Regional do Agreste (HRA), prontuário n º 52.037, como consta na ficha de Atendimento Emergencial, que segue em anexo.

Colocamos-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 19 novembro de 2019.

Secr. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho
Priscila Rafaela L. de A. Andrade
Diretora Administrativa
Portaria Nº 200/2017

Priscila Rafaela Leal de Assunção Andrade
Diretora Administrativa

HOSPITAL E MATERNINDADE
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA
Av. Presidente Kennedy, S/N
Centro - Frei Miguelinho-PE
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
"UMA REALIDADE PRESENTE CONSTRUINDO O FUTURO"

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Nº do prontuário: | Hora do atendimento: | Data: / / | Profissão:

Nome do PCT:

Data de Nascimento: / / | Idade: | Sexo: M( ) F( )

Estado Civil: | Nº cartão do SUS:

Mãe:

Pai:

Endereço:

Bairro: | Cidade:

Enfermeiro (a): | Tec. de enfermagem: | Médico (a):

Pressão arterial: | Pulso: | HGT: | SPO2%: | FR:

Temp. axilar: | Peso: | Tipo de agravo:

Histórico atual do paciente:

Ex. físico:

HD:

Conduta:

Enfermagem
COREN 308.751

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josilene Ferreira da Silva , Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia 05/09/2019 a 03/10/2019 com Registro Hospitalar: 344701.**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 30 de Outubro 2019

109.794.975/0269-17
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 540670 **Prontuário:** 344701

Nome: JOSILENE FERREIRA DA SILVA
Data Nasc.: 12/06/1984 **Idade:** 35 **Sexo:** FEMININO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:**
Endereço: SITIO LAGOA RASA **Nº:** 0
Bairro: Z RURAL **Cidade:** VERTENTES **Estado:** PE
CEP: 55770972 **Fone:** 981648431 **Profissão:**
Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA FERREIRA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO **Data:** 05/09/2019 22:52 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: PA:_____ FC:_____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição: **Dieta:** _____

Data		Horário

LEONARDO M. [illegible] MÉDICO CRM 2[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATORIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: [illegible] | Nº do Registro:

Clínica: [illegible] | Nº do Leito:

Operador: Dr. [illegible]

1º Assistente: Dr. [illegible] | 2º Assistente:

Instrumentador: | Anestesista: [illegible]

Anestesia: [illegible] | Duração:

Data da Operação: 24/09/19 | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: [illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

[illegible] DDH - [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] Eq.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

SET 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: [illegible] | Nº do Registro:

Clínica: [illegible] | Nº do Leito:

Operador: [illegible]

1º Assistente: | 2º Assistente:

Instrumentador: | Anestesista:

Anestesia: | Duração:

Data da Cirurgia: [illegible] | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-Cirúrgico: [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório: [illegible]

Operação Prevista: [illegible]

Operação Realizada: [illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

[illegible]

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSILENE FERREIRA DA SILVA**, D.N. 12/06/1984, portadora de cédula de identidade nº 6727336 SDS/PE, CPF nº 325.683.668-26, residente e domiciliada no Sítio Lagoa Rasa, Frei Miguelinho, foi atendida nesta Unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**, no dia 05 de setembro de 2019, vítima de acidente de motocicleta, sendo encaminhando para o Hospital Regional do Agreste (HRA), prontuário n º 52.037, como consta na ficha de Atendimento Emergencial, que segue em anexo.

Colocamos-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 19 novembro de 2019.

Secr. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho
Priscila Rafaela L. de A. Andrade
Diretora Administrativa
Portaria Nº 200/2017

Priscila Rafaela Leal de Assunção Andrade
Diretora Administrativa

HOSPITAL E MATERNINDADE
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA
Av. Presidente Kennedy, S/N
Centro - Frei Miguelinho-PE
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
"UMA REALIDADE PRESENTE CONSTRUINDO O FUTURO"

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

Nº do prontuário: | Hora do atendimento: | Data: / / | Profissão:

Nome do PCT:

Data de Nascimento: / / | Idade: | Sexo: M( ) F( )

Estado Civil: | Nº cartão do SUS:

Mãe:

Pai:

Endereço:

Bairro: | Cidade:

Enfermeiro (a): | Tec. de enfermagem: | Médico (a):

Pressão arterial: | Pulso: | HGT: | SPO2%: | FR:

Temp. axilar: | Peso: | Tipo de agravo:

Histórico atual do paciente:

Ex. físico:

HD:

Conduta:

Enfermagem
COREN 308.751

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Josilene Ferreira da Silva , Esteve Interno (a) Nesta Unidade de Saúde no dia 05/09/2019 a 03/10/2019 com Registro Hospitalar: 344701.**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 30 de Outubro 2019

109.794.975/0269-17
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 540670 **Prontuário:** 344701

Nome: JOSILENE FERREIRA DA SILVA
Data Nasc.: 12/06/1984 **Idade:** 35 **Sexo:** FEMININO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:**
Endereço: SITIO LAGOA RASA **Nº:** 0
Bairro: Z RURAL **Cidade:** VERTENTES **Estado:** PE
CEP: 55770972 **Fone:** 981648431 **Profissão:**
Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA FERREIRA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO **Data:** 05/09/2019 22:52 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: PA:_____ FC:_____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição: **Dieta:** _____

Data		Horário

LEONARDO M. [illegible] MÉDICO CRM 2[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: [illegible] | Nº do Registro:

Clínica: [illegible] | Nº do Leito

Operador: Dr. [illegible]

1º Assistente: Dr. [illegible] | 2º Assistente:

Instrumentador: | Anestesista: [illegible]

Anestesia: [illegible] | Duração:

Data da Operação: 24/09/19 | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: [illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

[illegible] DDH - [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] Esq.

[illegible]

[illegible] Esq.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

SET 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: [illegible] | Nº do Registro:

Clínica: [illegible] | Nº do Leito:

Operador: [illegible]

1º Assistente: | 2º Assistente:

Instrumentador: | Anestesista:

Anestesia: | Duração:

Data da Cirurgia: [illegible] | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-Cirúrgico: [illegible]

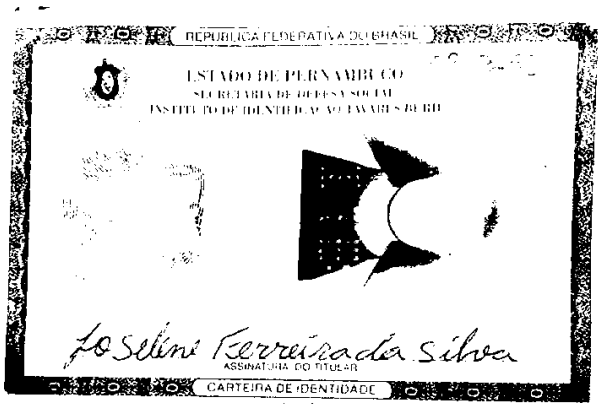
Diagnóstico Pós-Operatório: [illegible]

Operação Prevista: [illegible]

Operação Realizada: [illegible]

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

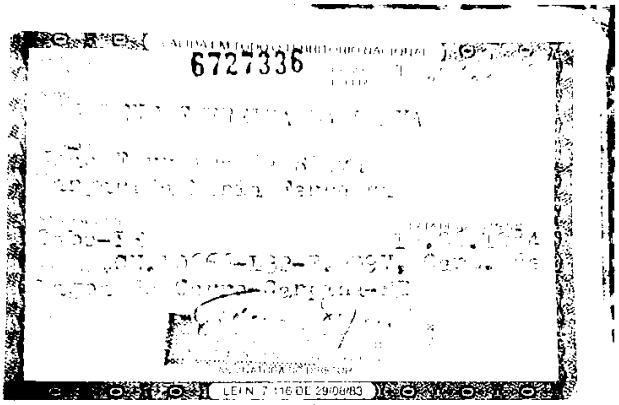
[illegible]


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ARAVELLO MAIA

Josilene Ferreira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE


6727336

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

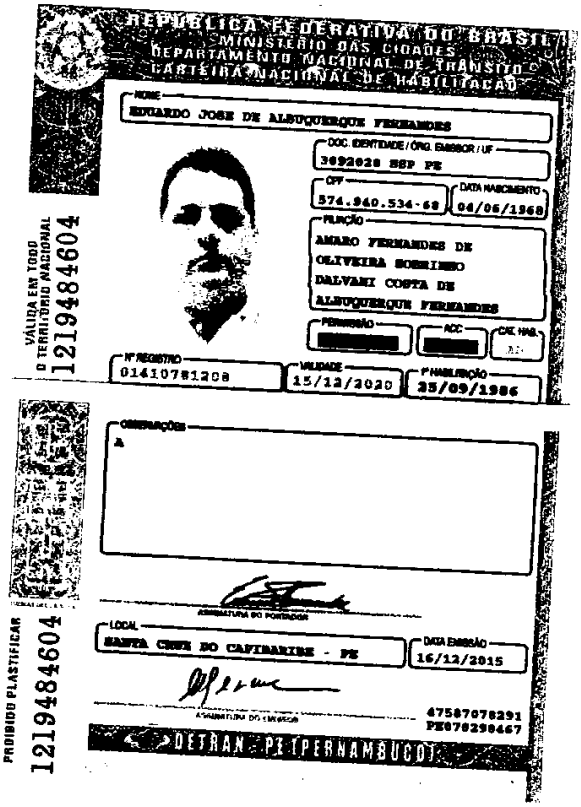
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
325.683.668-26

Nome
JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Nascimento
12/06/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

NOME
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3092028 SSP PE

CPF
574.940.534-68

DATA NASCIMENTO
04/06/1968

FILIAÇÃO
AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO
DALVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01410781208

VALIDADE
15/12/2020

1ª HABILITAÇÃO
25/09/1986

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

47587078291
PE078290467

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

DETRAN.RJ

CONSULTA AO CADASTRO DE VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DENATRAN

*** ********** 2009

ALESSANDRO

********** LLA6512

****

PASSAGEIRO GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2009 2010

2 / 0 / 124 PARTICULAR VERMELHA

********** ********** *****

********** ********** *****

********** ********** *****

********** ***** ********** **********

CONTRAN

RIO DE JANEIRO

DETRAN.RJ
Horário: de segunda a sexta, das 8h às 17h.
Telefones: [illegible] para agendamentos e serviços, e [illegible] para atendimento do SAC

04/12/2010 17:18

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

8287475145

8287475145

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DENATRAN

8287475145

MARCA MODELO
HONDA/CG 125 FAN ES

COTA ÚNICA
******

PARCELAM

SEGURO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461535/19

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 05/09/2019

CPF: 325.683.668-26

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSILENE FERREIRA DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSILENE FERREIRA DA SILVA : 325.683.668-26

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: 19/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711760 **Cidade:** Frei Miguelinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711760 **Cidade:** Frei Miguelinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSILENE FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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