

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/19

Vítima: WILSON BATISTA LINS

CPF: 024.245.644-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: WILSON BATISTA LINS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

WILSON BATISTA LINS : 024.245.644-85

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

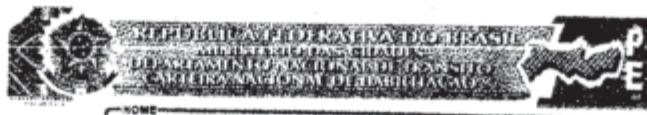
Data da apresentação: 25/10/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



NAME: **ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

DOC IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF: **4616464 SSP PE**

CPF: **817.088.064-91** DATA NASCIMENTO: **02/05/1972**

FILIAÇÃO:

GILBERTO VALERIANO DA COSTA
HELENA MARIA DA SILVA COSTA

PERMESSO: **██████████** ADC: **██████████** CAT. HAB: **██████████**

Nº REGISTRO: **043240629H6** VALIDADE: **30/10/2022** 1ª INabilitação: **26/03/2008**

VALIDATEM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1487430708

OBSERVAÇÕES:
MAN

Artur V. Costa Neto

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOGAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **30/10/2017**

Charles Andrade Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR:
30350611474
PE081620225

PERNAMBUCO

1487430708

Atendimento: 486193
Data e Hora: 13/07/2019 03:31
Senha da Classificação:

Paciente: 127473 WILSON BATISTA LINS
Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 22/09/1976 Idade: 42 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe:: ROSALIA ANA BATISTA BRITO
Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA OITENTA E UM
305
Bairro: MARANGUAPE I
Cidade/UF: PAULISTA
PE
Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____
Altura: _____
Temperatura: _____
Hora: 03:45
Queixa Principal

Paciente vítima de acidente associado com ferimento em antebraço direito e ferimento em antebraço esquerdo com dor e formigamento. Nao se sente bem.

Exame Físico

Alegría a profunda dor óculta CONSCIENCIA EUPNÉTICA AFETOS. MBD - Ferimento crônico em face dor alta medial do antebraço N V(4), sem dor distal ou extensão do pulso (bolhas), ARRODILHO E ADOLCEZ DOR PÉS OS PÉS DA PELVE, CHIPOS, TEC < 2A. SEM SANGUE MINIMA DOR DE CINTURA. DORSO E PERNAS DIFERENTES. NO 3 DIAZ

Hipótese Diagnóstica

ferimento em antebraços bilaterais.

Prescrição Médica

Dipirona 1g + AS Fu 5/66
Cefazolina 1g + 10ml ST 0,9% Fu 8/8L

SAT

VAT

Sorvete Pa do ANTIBRACOS P Tyros (D)

*J. Samuel Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 10.558*

*f Dr.
F. Belchior
ATMAYDR*

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
Senha: _____
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação

04:00

*DISCUSSÃO COM DR. FABIANO
ATMAYDR. NA VENDETTA FERIMENTO
CD: DISCUSSÃO COM DR. FABIANO
ESTRANHO. ... ATW + ANALGÉSICO + SÍNTETICO*

*Dr. Samuel Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 10.558*



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 486194

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: WILSON BATISTA LINS

Idade: 42a 9m 20d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 127473

Data de Nascimento: 22/09/1976

Profissão:

R.G.: C.P.F.: 02424564485

Endereço: RUA OITENTA E UM

Escolaridade:

Telefone:

, 305 - MARANGUAPE I

CEP 53441080

- PAULISTA

- PE

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-EXTRA

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

FATURADO
01/07/19
CLAUDEVAN SOUSA
FABRICISTA
Ows.

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 16/07/19

Hora da Alta: 12 : 15

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boas

Diagnóstico Principal.....: Ferimento extenso em antebraço D + lesão dos tendões extensores longos
de 2º e 3º QDD

Diagnóstico Secundário01.: _____

REVISADO
CGH-HM

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: LC + DC + Tenotomia dos extensores de 2º e 3º QDD

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-BA 56028

Ma. Cláudia Barbosa
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 13 de Julho de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: WILSON BATISTA LINS

REG: 127473

IDADE: 42 SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 13/07/19

DATA DA ALTA: 14/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FERIMENTO EXTEÑO EM ANTEBRAÇO DIREITO + LESÃO DOS TENDÕES EXTENSORES LONGOS DE 2º 3º QDD

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + TENORRAFIA DOS EXTENSORES DE 2º E 3º QDD

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 01 SEMANA;
- MANTER TALA ANTEBRAQUIDIGITÁLICA EM EXTENSÃO - NÃO MOLHAR OU DANIFICAR;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27685 CRM-BA 33038
+ Dra. Cláudia Barbosa
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Aviso de Cirurgia : 57998
Paciente : 127473
Convênio Atend. : 1
Leito : 800
Dt. Início : 13/07/2019 09:05

Cid Pré-Operatório : T141
Cid Pós-Operatório : S565

Sala : 0003 SALA 03

WILSON BATISTA LINS
SUS - INTERNACAO
VERD2-EXTRA

Atendimento : 486194
Carteira :
Idade : 42 Anos

Dt. Fim : 13/07/2019 10:45
FERIMENTO DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO
TRAUMATISMO DE OUTROS MUSCULOS EXTENSORES E TENDOES AO NIVEL DO ANTEBRA

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

KURGIAO 18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO
ESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO EXTERNO EM ANTEBRAÇO DIR + LESÕES DOS TENDOES EXTENSORES DO 2º E 3º QDD
INTERVENÇÃO: LC + DC + TENORRAFIAS DOS EXTENSORES DO 2º E 3º QDD

OPERADOR: DR. GABRIEL MONTEIRO

1º AUXILIAR: DR. LUIZ ROGÉRIO GOMES

INSTRUMENTADOR: REBECA

ANESTESISTA: DR. GENÉSIO GOMES

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MSD
3. APLICAÇÃO DE GARROTE ESTÉRIL
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
5. ABORDAGEM DOS FERIMENTOS NO DORSO DO ANTEBRAÇO DIR, AMPLIADOS PROXIMAL E DISTALMENTE EM Z
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
7. REALIZADA TENORRAFIAS COM PONTOS KESSLER DE NYLON 4-0 + CHULEIO NOS DOIS TENDOES EXTENSORES DO 2º QD
8. NO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QDD
9. REALIZADO SUTURA POR PLANOS DE FERIMENTO EM DORSO DE ANTEBRAÇO DIREITO COM VICRYL 2-0 E NYLON 3-0
10. VISUALIZADO FERIMENTO EM REGIÃO ULNAR DE PUNHO DIREITO E REALIZADA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
11. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
12. RETIRADO GARROTE ESTÉRIL E VERIFICADA BOA HEMOSTASIA
13. SUTURA DA PELE COM NYLON 3-0
14. CURATIVO COM ADAPTIC EM FERIMENTO EM REGIÃO ULNAR DE PUNHO DIREITO
15. TALA ANTEBRAQUIO-DIGITÁLICA ENGLOBANDO 2º E 3º QDE EM EXTENSÃO DO PUNHO E DA MTCF
16. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
19/07/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
CRM-PE 27688 CRM-BA 33039
Médico

DR(A) : GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM : 18412

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT-486194	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente WILSON BATISTA LINS	6 - Nº Prontuário 127473			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento 22/09/1976	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe ROSLIA ANA BATISTA BRITO	12 - Telefone de Contato 8198805510			
13 - Nome Responsável ANA KARINA	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA OITENTA E UM, 305 - MARANGUAPE I	17 - IBGE 261070	18 - UF PE	19 - CEP 53441080	
16 - Município PAULISTA				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE SEXO MASCULINO 42 ANOS REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 HORAS EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO DIREITO , DOR E FERIMENTO EM
 R^o DORSAL MEDIAL DO ANTEBRAÇO DIREITO COM DEFICIT DE EXTENSAO DO 3 QDD. NEGA NAUSEA VOMITOS CEFALÉIA , REFERE TER INGERIDO BEBIDA
 SUCA . NEGA COMORBIDADES , REFERE ALERGIA À CETOPROFENO
 (AME: BEG ORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL CORADO HIDRATADO NORMOTENSO NORMOCARDICO
 OR A PALPAÇÃO DO JOELHO , EDEMA +/4+, SEM ALTERAÇÃO DE ADM , PACIENTE DEAMBULA SEM DIFICULDADE
 MSQ: FERIMENTO EM REGIAO MEDIAL DORSAL 1/3 MÉDIO DO ANTEBRAÇO DIREITO APRESENTADO DEFICIT DE EXTENSAO TOTAL DO 3 QDD, SEM ALTERAÇÃO D

21 - Condições que justificam a Internação AS ACIMA	24 - CID 10 Principal T111 S66.3	25 - CID 10 Secundário W199 V29.9	26 - CID 10 Causas Associadas 04.08.06.045.0
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas EXAME CLINICO E RADIOLOGICO	556.5		
23 - Diagnóstico Inicial / Código FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO	24 - CID 10 Principal T111 S66.3	25 - CID 10 Secundário W199 V29.9	26 - CID 10 Causas Associadas 04.08.06.045.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	28 - Código do Procedimento 0415020069		
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016000814998
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	34 - Data da Solicitação 13/07/2019	35 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)	DR. Fagner Fonseca de Athayde CRM-PE 16863

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
--------------------------------------	---------------------------------------	---

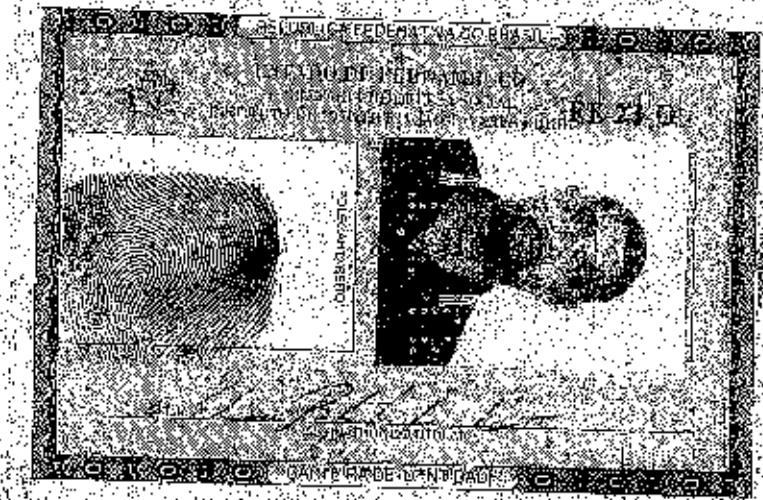
48 - Documento () CNS () CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
--------------------------------------	---

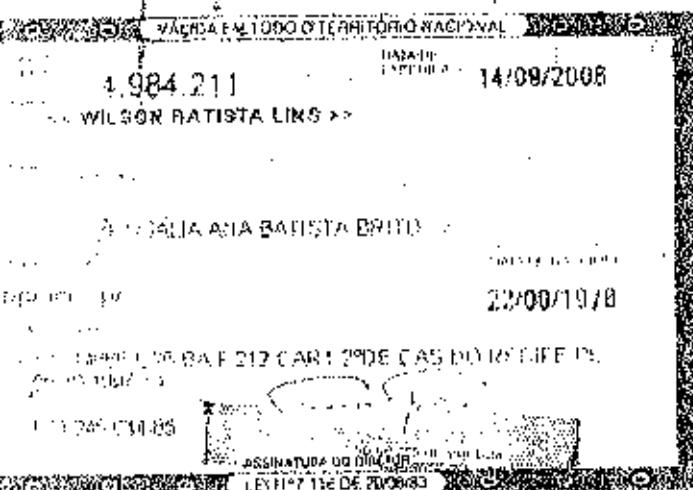
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) Dr. Francisco Couto Trumatô - Ortopedista Gírgia do Joelho CRM 13246 IEOT 744
--------------------------	---

AIH
261910219003-4

Código do Laudo: 486193

VALORACIÓN DE LA PROBLEMATICA NACIONAL	
2. GRADO	SEPTIEMBRE 14, 2014
VALORES ESTIMATIVOS	
1. MATERIALES Y EQUIPO	100%
2. PERSONAL	100%
3. FINANCIEROS	100%
4. INSTITUCIONAL	100%
5. TECNICO-PROYECTO	100%
6. LOGISTICO	100%
7. HABITACIONES	100%
8. VEHICULOS	100%
9. EQUIPOS DE OFICINA	100%
10. EQUIPOS DE CAMPAÑA	100%
11. EQUIPOS DE COMUNICACIONES	100%
12. EQUIPOS DE SISTEMAS	100%
13. EQUIPOS DE TI	100%
14. EQUIPOS DE SERVICIOS	100%
15. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
16. EQUIPOS DE ALMACENAJE	100%
17. EQUIPOS DE TRANSPORTACION	100%
18. EQUIPOS DE CONSTRUCCION	100%
19. EQUIPOS DE MONTAJE	100%
20. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
21. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
22. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
23. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
24. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
25. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
26. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
27. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
28. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
29. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
30. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
31. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
32. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
33. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
34. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
35. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
36. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
37. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
38. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
39. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
40. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
41. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
42. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
43. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
44. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
45. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
46. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
47. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
48. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
49. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
50. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
51. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
52. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
53. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
54. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
55. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
56. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
57. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
58. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
59. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
60. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
61. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
62. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
63. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
64. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
65. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
66. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
67. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
68. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
69. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
70. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
71. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
72. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
73. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
74. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
75. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
76. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
77. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
78. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
79. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
80. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
81. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
82. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
83. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
84. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
85. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
86. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
87. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
88. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
89. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
90. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
91. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
92. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
93. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
94. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
95. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
96. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
97. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
98. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
99. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%
100. EQUIPOS DE MANTENIMIENTO	100%







CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R

ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	54871430	Mai/2019
ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA				
R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370				

INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.000 GRUPO:15 DEB.AUTOMATICO: 054871430

SITUAÇÃO ÁGUA LITRÁDU	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175611159	DATA LEIT ANTERIOR 10/05/2019	DATA LEIT ATUAL 10/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 167 CONSUMO:22

LEIT ATU: 189

LEIT FAT: 189

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019	15	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
03/2019	13	TURBIDEZ	139	133	132
02/2019	17	COR APARENTE	139	133	125
01/2019	16	CLORO RESIDUAL	139	133	133
12/2018	19	COLIF. TOTAIS	139	133	130
11/2018	19	E. COLI	139	133	133

MÉDIA: 17

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2)OS PARÂMETROS COIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO

RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA

(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES

ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M³ - R\$ 41,30 POR UNIDADE

11 M³ A 20 M³ - R\$ 4,74 POR M³

21 M³ A 30 M³ - R\$ 5,63 POR M³

MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019

DOAÇÃO AO PRO-crianças 05/2019

TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL (%) VALOR DO IMPPOSTO

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Arthur V. Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064 - 191, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilson Batista Lins inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.245.644-85, do sinistro de DPVAT cobertura Sinvalidez da Vítima Wilson Batista Lins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.245.644-85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua Apuleu Vieiros	Número	113
Bairro	Várzea	Cidade	Recife
Email		Telefone comercial(DDD)	Complemento CEP 50810-370 (81) 987169468

Recife, _____ de _____ de 2019
Local e Data

Arthur V. Costa Neto

Assinatura do Declarante

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: 024.245.644-85 4 - Nome completo da vítima: Wilson Batista Lains

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

5 - Nome completo:	Wilson Batista Lains	6 - CPF:	024.245.644-85
7 - Profissão:	Revisor - Se	8 - Endereço:	9 - Número: 77 10 - Complemento: Coop
11 - Bairro:	Cidade Universitária	12 - Cidade:	13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-535
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 984169468		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 00014682 9
 (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 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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 024.245.644-85 4 - Nome completo da vítima: Wilson Batista Lains

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

5 - Nome completo:	Wilson Batista Lains	6 - CPF:	024.245.644-85
7 - Profissão:	Revisor - Se	8 - Endereço:	9 - Número: 77 10 - Complemento: Coop
11 - Bairro:	Cidade Universitária	12 - Cidade:	13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-535
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 984169468		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 00014682 9
 (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 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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



556184

0374500/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRICAO - PAULISTA -
DP28ºCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0118006889

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/07/2019 às
13:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 12/7/2019 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1,
PRÓXIMO AO NUCLEO DA PM** - Bairro: **JARDIM PAULISTA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
WILSON BATISTA LINS (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): WILSON BATISTA LINS**

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

**WILSON BATISTA LINS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: ROSALIA
ANA BATISTA BRITO Data de Nascimento: 22/01/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4654211/SDS/PZ (RG) Estado Civil: AMASIADO(A)
Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:
- 985677715**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE I (BAIRRO), 1, RUA 81 QUADRA 58
BLOCO 09 AP. 308 - CEP: 56000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WILSON BATISTA LINS, que
estava em posse do(a) Sr(a): WILSON BATISTA LINS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: Não**

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCP1834 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018

Complemento / Observação

RELATA QUE CONDUZIA SUA MOTO COM DESTINO A SUA CASA, QUANDO NAS IMEDIACÕES DO NUCLEO DA PM EM JARDIM PAULISTA PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E BATEU EM UM VEICULO MARCA GOL. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA DE JARDIM PAULISTA E DEPOIS REMOVIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

**WILSON BATISTA LINS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EDMARIO MARQUES DE MENEZES - Matrícula: 3848841**

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, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190605684 Vítima: WILSON BATISTA LINS

Data do Acidente: 12/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON BATISTA LINS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: WILSON BATISTA LINS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000014682-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605684

Vítima: WILSON BATISTA LINS

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON BATISTA LINS

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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON BATISTA LINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000014682-9

Nr. da Autenticação 2C92469901FEE049

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/19

Vítima: WILSON BATISTA LINS

CPF: 024.245.644-85

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILSON BATISTA LINS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

WILSON BATISTA LINS : 024.245.644-85

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: 25/10/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE

Wilson Batista Lins

Portador (a) do documento de identidade n 4.984-211, expedido por SSE-PE, em
14/09/08 inscrito no CPF sob o n 024.245.644-85, residente na
AV. prof. Arthur de Souza n 77, complemento 8030, Barrio Cid. Universitária, cidade Recife, Estado PE

2 OUTORGADO

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n 4416464, expedido por SSP-PE, em
10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n 81700806491, residente na
RUA APULEU VIEIRA n 113, complemento CASA, Barrio VARZIA,
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 12/07/2019

Recife

22 de outubro de 2019



OUTORGANTE

WILSON BATISTA LINS

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VARZEA) - RECIFE/PE
Avenida Caxangá, 3489 - Iputinga - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2251

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de:

WILSON BATISTA LINS

lançada em minha presença, dou-lhe.

Recife, 22 de outubro de 2019, 10:00:33.

Em testemunho

da verdade

Willes Melo da Silva (Escrevente Autorizado)

Selo: 0076240.GBR10201903.01294

Emol: R\$ 0,38 TANR: R\$ 0,80 FFERM: R\$ 0,04 FUNBEG: R\$ 0,08 FERC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,20 TOTAL: R\$ 1,40



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605684 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WILSON BATISTA LINS Data do acidente: 12/07/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSA EM ANTEBRAÇO DIREITO.
LESÃO DOS TENDÕES EXTENSORES LONGOS DE 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA + DEBRIDAMENTO + TENORRAFIA. ALTA.
P 2/3/4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

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 MODERADA DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014483890960

VIA COD. RENAVAM P.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1144838975 ***** 2019

NOME

WILSON BATISTA LINS

RECIFE - PE

CPF / CNPJ

024 245 644-85

PLACA

PCP1934

PLACA ANT. / UF

CHASSI

***** / PB 9C2ND1110JR102090

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

FAB. / MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA / XRE 300

ANO FAB. / ANO MOD.

2018 / 2018

CAP. / POT. / CIL.

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2B/291CL

PARTIC.

PRETA

I - COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

P - IPVA 2019 QUITADO

1º *****

V - FAIXA I PVA.

2º *****

A - I

3º *****

- PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
84,26 0,32 84,58 22/01/19

OBSERVAÇÕES

AL. OFID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

RECIFE

LOTE

DATA

22/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia

Marcelo Bruto da Costa Correia
EXPEDIDOR
Dir. Presidente em Exercício DETRAN/PE

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

PE Nº 014483890960 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

WILSON BATISTA LINS

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

www.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE - PE 0 2019 22/01/19

VIA 1 024 245 644-85 PCP1934

RENAVAM MARCA / MODELO

1144838973 HONDA / XRE 300

ANO FAB. / EDC. TARE. N° CHASSI

2018 / US 9C2ND1110JR102090

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

84,26 0,32 84,58

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

84,26 0,32 84,58

PAGAMENTO / DATA DE PAGAMENTO / DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESENHO DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR
ESTÁ JAZÉ E GUARDE O BILHETE DPVAT
SLE NAC E DE FORTE OBRIGATÓRIO

