
Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055169

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEGO JOSE 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

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055169

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEGO JOSE DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: DIEGO JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001120-7

Conta: 0000024781-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 35013795877 3 - CPF da vítima: 35013795877 4 - Nome completo da vítima: Diego José da Silva

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

5 - Nome completo: Diego José da Silva 6 - CPF: 35013795877
7 - Profissão: Recusou-se a declarar 8 - Endereço: Rua Eduardo Campos 9 - Número: 29 10 - Complemento:
11 - Bairro: Leon Chaptal 12 - Cidade: Quipapá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55455-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 336684814

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812
(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 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.
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 envolvendo 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

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 (a 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Quipapá - PE, 20.12.2019

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: 35013795877 3 - CPF da vítima: 35013795877 4 - Nome completo da vítima: Diego Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Diego Jose da Silva 6 - CPF: 35013795877
7 - Profissão: Mecânico de Rua Eduardo Campos 8 - Endereço: 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Leon Chaptal 12 - Cidade: Quipapa 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55455-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 336684814

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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 acidente.
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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito envolvendo 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

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

34

Impressão
original da
vítima ou
beneficiário
em alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Quipapa - PE, 20.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA - DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0167000514

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às 10:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 10/11/2019 às 17:17

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 1, CRUZAMENTO DA RUA GETULIO VARGAS COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE** - Bairro: **CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
DIEGO JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**

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

DIEGO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA** Pai: **JOSE NATALICIO DA SILVA** Data do Nascimento: **09/10/1986** Nacionalidade: **SÃO PAULO / SÃO PAULO / BRASIL** Documentos: **6027363/SPS/PE (RG), 35013795877 (CPF)** Estado Civil: **ANUZIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **81989664824**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 24, RUA EDUARDO CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ORE0419 (ALACAS/UNIAO DOS PALMARES)** Renavam: **005923774** Chassi: **9C2KC1580ER409768**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VÍTIMA ACIMA QUALIFICADA INFORMANDO QUE QUANDO TRANSITAVA NA RUA GETULIO VARGAS E FOI CRUZAR COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE, FOI ABALROADO POR OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE POR CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE QUIPAPA. E

12/11/2019

Secretaria de Defesa Social - CINFOPOL

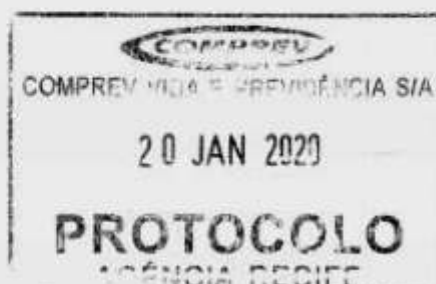
PELA GRAVIDADE DA LESÃO, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, QUE TROUXE ATESTADOS E RAIO-X QUE COMPROVAM A FRATURA DE CLAVICULA, CONSEQUENCIA DO ACIDENTE. ANTE O EXPOSTO FAZ-SE O REGISTRO PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIAS.

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

* *Diego José da Silva*
DIEGO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: *Diego José da Silva*
B.O. registrado por: **EDSON BATISTA SOUZA** - Matrícula: 350799-8
PP Circunscrição





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA - DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0167000514

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às 10:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 10/11/2019 às 17:17

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 1, CRUZAMENTO DA RUA GETULIO VARGAS COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE** - Bairro: **CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
DIEGO JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**

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

DIEGO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA** Pai: **JOSE NATALICIO DA SILVA** Data do Nascimento: **09/10/1986** Nacionalidade: **SÃO PAULO / SÃO PAULO / BRASIL** Documentos: **6027363/SPS/PE (RG), 35013795877 (CPF)** Estado Civil: **ANUFIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **81989664824**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 24, RUA EDUARDO CAMPOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CRISTIANO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ORE0419 (ALACQAS/UNIAO DOS PALMARES)** Renavam: **005923774** Chassi: **9C2KC1580ER409768**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VÍTIMA ACIMA QUALIFICADA INFORMANDO QUE QUANDO TRANSITAVA NA RUA GETULIO VARGAS E FOI CRUZAR COM A RUA UMBERTO CAVALCANTE, FOI ABALROADO POR OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, QUE POR CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE QUIPAPA, E

12/11/2019

Secretaria de Defesa Social - CINFOPOL

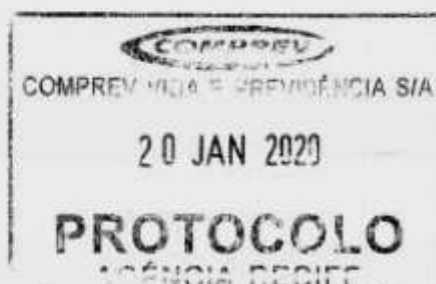
PELA GRAVIDADE DA LESÃO, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, QUE TROUXE ATESTADOS E RAIO-X QUE COMPROVAM A FRATURA DE CLAVICULA, CONSEQUENCIA DO ACIDENTE. ANTE O EXPOSTO FAZ-SE O REGISTRO PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIAS.

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

* *Diego José da Silva*
DIEGO JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: *Diego José da Silva*
B.O. registrado por: **EDSON BATISTA SOUZA** - Matrícula: 350799-8
PP Circunscrição



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: 35013795877 3 - CPF da vítima: 35013795877 4 - Nome completo da vítima: Diego José da Silva

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

5 - Nome completo: Diego José da Silva 6 - CPF: 35013795877
7 - Profissão: Recusou-se a declarar 8 - Endereço: Rua Eduardo Campos 9 - Número: 29 10 - Complemento:
11 - Bairro: Leon Chaptal 12 - Cidade: Quipapá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55455-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 336684814

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812
(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 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 acidente.
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 envolvendo 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

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 (a 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Quipapá - PE, 20.12.2019

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: 35013795877 3 - CPF da vítima: 35013795877 4 - Nome completo da vítima: Diego José da Silva

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

5 - Nome completo: Diego José da Silva 6 - CPF: 35013795877
7 - Profissão: Mecânico de Rua Eduardo Campos 8 - Endereço: 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Leon Chaptal 12 - Cidade: Quipapá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55455-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 336684814

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 11207 CONTA: 247812
(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 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.
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 envolvendo 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

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 (a 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Quipapá - PE, 20.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^a Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá				Data: 10/11/19	
Nome: Dora Maria da Silva				Hora: 17:17	
Endereço: Rua da Liberdade				Município: QPP	
Nome da Mãe: Maria D. da Silva				Telefone:	
Acompanhante e/ou Responsável:					
Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
Acidente de trabalho Cruzo de Polícia		☒ Masculino ☐ Feminino	08/10/86	☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro UF	OUTRO DOCUMENTO CPF 350 187 958 77
Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames Complementares:	
Max: Min: *		Axilar: Retal:			
Paciente Vítima acidente de Moto. HD: Fratura de Clavícula feito 18:06 CPF 350 187 958 77					
COMPREV COMPREV VIDA E PREVENÇÃO S/A 20 JAN 2020 PROTOCOLO AGÊNCIA REGISTRO				Tratamento: ① Voltar com JFA - (SM)	
Destino dado ao Paciente: ☐ Residência ☐ Internado				Impressão Diagnóstica:	
Encaminhado: _____				Doenças Concedidas _____ Dias	
Removido: _____					
Óbito às _____ H _____ min. Do dia _____					
Encaminhado ao I.M.L. ☐				Assinatura - carimbo - C.R.M./C.R.O.	
Eu _____, RG _____, assumo integral responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta Instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou pessoa acima relacionada. _____/_____/_____, às _____h.					
Ass: _____					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

Hambulatorio 3+19-9389

PRONTUÁRIO:

348697

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RIBEIRO FERREIRA

14300

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO:

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

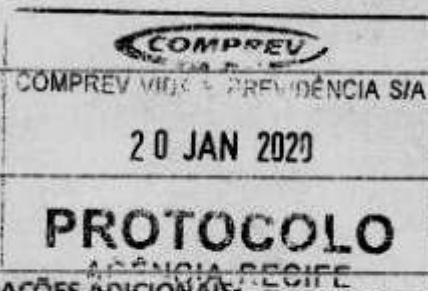
REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RIBEIRO FERREIRA

14300



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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO JOSE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01120-7

CONTA: 000000024781-2

Nr. da Autenticação C69EA0C192468F31

2

Escritório: QUIPAPA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 10556213,4

1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048

IDENTIFIC. DA LIGADO		NOME DO EGOTO		MUNICÍPIO DO EGOTO		MUNICÍPIO DA LIGADO	
POTENCIAL		POTENCIAL		POTENCIAL		POTENCIAL	
BIMANUTRIÇÃO A13U138762		DATA DE ATENDIMENTO 04/09/2019		DATA DE VISITA 04/10/2019		TÍTULO DO T. DE AC. A-2 MÉDIA RD /	
ÁGUA LEIT. ANT.: 587 LEIT. ATUAL: 597 LEIT. P.T.: 597		CONSUMO: 10 TAXA MÍNIMA ANORMALIDADE DE LEITURA		EGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. PAT.:		VOLUME: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO				NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO				EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11			
				ANÁLISES REALIZADAS			
				ATENDEM A LEGISLAÇÃO			
08/2019 10				TURBIDIDADE 22			
07/2019 21				COR APARENTE 22			
06/2019 21				CLORO RESIDUAL 22			
05/2019 20				COLIFORMES TOTAIS 22			
04/2019 20				E. Coli 22			
03/2019 87				OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
MÉDIA 97 0				(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
				(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

AQUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE AGUA

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 8/31

Multa F/IMPONTUALIDADE 08/2019

JUIROS DE MORA 05/2019

CONSUMO POR FAIXA

10 M3

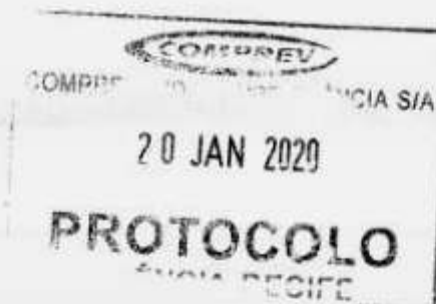
VALOR R\$

44. DB

24.96

1.49

1,51



PIS	44,08	1,85	0,73
COFIN	44,08	7,60	3,35

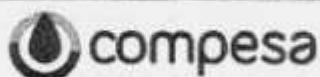
20/10/2019

TOTAL - PAID:	72.06
---------------	-------

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 148.04. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Edição por: GIVALDO CAMPOS ROBERTO

Emitted on: 14/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Fomento

0800-2813844

INTRODUCTION

10656213.4

09/2019-9

20/10/2019

收稿日期:2003-01-20

72,06

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

828300000000-7 72060018115-3 10656213401-3 09201990003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

2

Escritório: QUIPAPA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

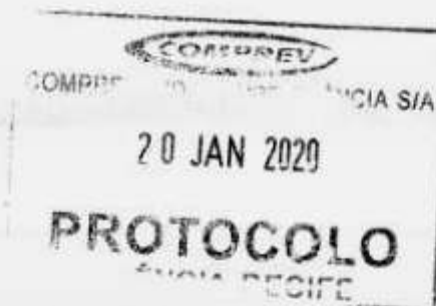
10656213.4 09/2019-9

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 10556213,4

SITUAÇÃO DA LIGADO		SITUAÇÃO DO RABOTELO		SITUAÇÃO DO RABOTELO		SITUAÇÃO DO RABOTELO	
POTENCIAL		POTENCIAL		POTENCIAL		POTENCIAL	
DATA DE ATUALIZAÇÃO		DATA DE ATUALIZAÇÃO		DATA DE ATUALIZAÇÃO		DATA DE ATUALIZAÇÃO	
04/09/2019		04/09/2019		04/09/2019		04/09/2019	
MÉDIA RD /		MÉDIA RD /		MÉDIA RD /		MÉDIA RD /	
ÁGUA		ÁGUA		ÁGUA		ÁGUA	
LEIT. ANT.: 587		CONSUMO: 10		REGOTO		REGOTO	
LEIT. ATUAL: 597		TAXA MINIMA		LEIT. ANT.: 587		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 597		ANOMALIAS DE LEITURA		LEIT. ATUAL: 597		LEIT. PAT.: 597	
HISTÓRICO DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO	
REFERÊNCIA/CONSUMO		REFERÊNCIA/CONSUMO		REFERÊNCIA/CONSUMO		REFERÊNCIA/CONSUMO	
06/2019 10		06/2019 10		06/2019 10		06/2019 10	
07/2019 20		07/2019 20		07/2019 20		07/2019 20	
08/2019 20		08/2019 20		08/2019 20		08/2019 20	
09/2019 20		09/2019 20		09/2019 20		09/2019 20	
10/2019 20		10/2019 20		10/2019 20		10/2019 20	
11/2019 20		11/2019 20		11/2019 20		11/2019 20	
12/2019 20		12/2019 20		12/2019 20		12/2019 20	
01/2020 20		01/2020 20		01/2020 20		01/2020 20	
02/2020 20		02/2020 20		02/2020 20		02/2020 20	
03/2020 20		03/2020 20		03/2020 20		03/2020 20	
MÉDIA 97 0		MÉDIA 97 0		MÉDIA 97 0		MÉDIA 97 0	
PARÂMETROS		PARÂMETROS		PARÂMETROS		PARÂMETROS	
EXIG. PELA PORT.		EXIG. PELA PORT.		EXIG. PELA PORT.		EXIG. PELA PORT.	
MS 2.914/11		MS 2.914/11		MS 2.914/11		MS 2.914/11	
TURBIDIMETRIA		TURBIDIMETRIA		TURBIDIMETRIA		TURBIDIMETRIA	
COR APARENTE		COR APARENTE		COR APARENTE		COR APARENTE	
CLORO RESIDUAL		CLORO RESIDUAL		CLORO RESIDUAL		CLORO RESIDUAL	
COLIFORMES TOTAIS		COLIFORMES TOTAIS		COLIFORMES TOTAIS		COLIFORMES TOTAIS	
E. Coli		E. Coli		E. Coli		E. Coli	
OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:	
(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 94 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.		(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 94 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.		(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 94 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.		(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 94 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.	
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.	
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIMETRIA SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIMETRIA SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIMETRIA SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIMETRIA SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FOLHA		VALOR R\$
AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	44
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 8/31		24
MULTA F/IMPONTUALIDADE 08/2019		1
JUROS DE MORA 05/2019		

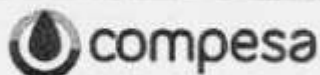


PIS	44,08	1,45	0,73
COFIN	44,08	7,40	3,35

TOTAL - PAID:	72.06
---------------	-------

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 148.04. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Emitted on: 14/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Fomento

0800-2813844

INSTRICULA:	10656213.4	09/2019-9
-------------	------------	-----------

TOTAL 2. SALARY	72,06
-----------------	-------

VIA COMPESA

82830000000-7 72060018115-3 10656213401-3 09201990003-3



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SECRETARIA DE
SAÚDE

QUIPAPÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^a Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá

Data: 10/11/19

Nome: Dora Maria da Silva

Hora: 17:17

Endereço: Rua Manoel de Sá

Município: QPP

Nome da Mãe: Maria D. da Silva

Telefone:

Acompanhante e/ou Responsável:

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
Acidente de trabalho Cruzo de Polícia		☒ Masculino ☐ Feminino	08/10/86	☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro UF	OUTRO DOCUMENTO CPF 350 187 958 77

Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT
Max: Min: *		Axilar: Retal:	

Exames Complementares:

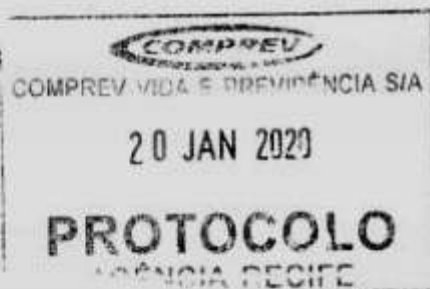
Paciente Vítima acidente de
Moto.

HD: Fratura de Clavícula

feito 18:06 08/11/19

Tratamento:

① Voltar com JFA - (SM)



Destino dado ao Paciente:

☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado: _____

Removido: _____

Óbito às ____ H ____ min. Do dia ____

Encaminhado ao I.M.L. ☐

Impressão Diagnóstica:

Doenças Concedidas _____ Dias

Luiz Silva
Médico Clínico Geral
CRM-PE 26455

Assinatura - carimbo - C.R.M./C.R.O

Eu _____, RG _____, assumo integral
responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta Instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este
atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou pessoa acima relacionada. _____/_____/_____, às _____h.

Ass: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

Hambulatorio 3+19-9389

PRONTUÁRIO:

348697

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RIBEIRO FERREIRA

14300

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO:

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

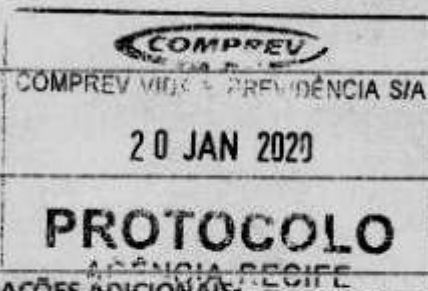
REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RIBEIRO FERREIRA

14300





OK

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA****HRA**
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Atendimento: 560433

Prontuário: 348697

Nome: DIEGO JOSE DA SILVA

Data Nasc.: 08/10/1986

Idade: 33

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 35013795877

RG: 6027363

CNS: 706308739581676

Endereço: RUA EDUARDO CAMPOS

Bairro: CENTRO

Cidade: QUIPAPA

CEP: 55415000

Fone: 994906817

Nome da Mãe: JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nº: 26

~~ESPRESSO~~

CA E PREVIDÊNCIA S/A

03 FEV 2020

COLO**RECIFE**

2 - ATENDIMENTO Data: 10/11/2019 23:21

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vítima de acidente

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

motociclista
envolvido

Diag. Provisório:

LAC TPO III

Requerente opta pelo
TTO amovível

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Alto e aleatório
alimentoDr. Alexandre Augusto Pinao
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 20017/2019 - RCP 1499

Data e hora retirada da senha: 10/11/2019 22:59

Nome Paciente: DIEGO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/10/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: U0032
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/11/2019 23:12 - 10/11/2019 23:14

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO EM MSD

Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5813062

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): DEFORMAÇÃO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2019 23:14



SUS
SISTEMA
UNICO DE
SAUDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



HRP



Fundação Marcel de Sá Almeida
CNPJ: 2428393

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Grego José de Jesus Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 33 C.I.: _____
País ou Responsáveis: J. de Jesus
Endereço: _____
Cidade: _____ Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ / _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional do Aporte SENHA: 5813062

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: Tras dependente no
centro 11 / após febre de 38°C

EXAME FÍSICO: Dependente
em 11

DROGAS ADMINISTRADAS: Voltaren 125mg

EXAMES COMPLEMENTARES: HA

HD: HA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: HA



DATA: 10/11/19
10/11/19

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

Dr. Jader Wanderley
Ortopedia / Cir. do Pé
CRM - 10897 RQE 5376

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^a Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá				Data: 10/11/19	
Nome: Dora da Silva				Hora: 17:17	
Endereço: Rua do Amparo				Município: PPP	
Nome da Mãe: Maria D. da Silva				Telefone:	
Acompanhante e/ou Responsável:					
Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
Acidente de trabalho		☒ Masculino	08/10/86	☒ Brasileiro	
Caso de Polícia		☐ Feminino		Estrangeiro	
				UF	OUTRO DOCUMENTO
				CP	CPF 350 187 958 77
Pressão arterial	Pulso	Temperatura	HGT	Exames Complementares:	
Max: Min:		Axilar: Retal:			
Paciente Vítima acidente de Moto. HD: Fratura de Clavícula				Feito 18:06 608 387 Tratamento: ① Voltar com JOTA - (SM)	
COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 20 JAN 2020 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE					
Destino dado ao Paciente:				Impressão Diagnóstica:	
☐ Residência ☐ Internado					
Encaminhado: _____				Doenças Concedidas _____ Dias	
Removido: _____					
Óbito às ____ H ____ min. Do dia ____					
Encaminhado ao I.M.L. ☐				Luiz Silva Médico Clínico Geral CRM-PE 28455 Assinatura - carimbo - C.R.M./C.R.O	
Eu _____, RG _____, assumo integral responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou pessoa acima relacionada. _____/_____/_____ às _____h. Ass _____					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

Hambulatorio 3+19-9389

PRONTUÁRIO:

348697

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RIBEIRO FERREIRA

14300

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RESUMO DE ALTA

NOME: DIEGO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO:

DATA: dom, 10 de novembro de 2019

DIAGNÓSTICO:

LCA TIPO III

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR PARA LCA TIPO III, ENCAMINHO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

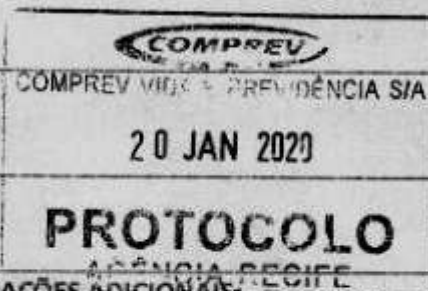
REALIZADO TRATAMENTO ATRAVÉS DE APÓS EXPLICAR O TTD CHX CONSERVADOR, PACIENTE OPTA PELO TTD CONSERVADOR

ALTA HOSPITALAR

DATA dom, 10 de novembro de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE RIBEIRO FERREIRA

14300



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DOS COMÉRCIO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

1304744605

DISSO JOSE DA SILVA

4027363 887 PE

150.137.958-77 **08/19/1986**

JOSE NATALICIO DA SILVA
JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA

02/12/2021 **14/11/2006**

1304744605

20 JAN 2020

PROTOCOLO

ANEXO REGISTRO

COMPREV
 COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

20 JAN 2020

PROTOCOLO

ANEXO REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DOS COMÉRCIO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

1304744605

DISSO JOSE DA SILVA

4027363 887 PE

150.137.958-77 **08/19/1986**

JOSE NATALICIO DA SILVA
JUDITE MARIA DOS SANTOS SILVA

02/12/2021 **14/11/2006**

1304744605

20 JAN 2020

PROTOCOLO

ANEXO REGISTRO

COMPREV
 COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

20 JAN 2020

PROTOCOLO

ANEXO REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - AL 04484030318 Nº 015026976321
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÓD. RENAVAM 00592377415 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSE CRISTIANO FERRIRA DA SILVA

CPF - CNPJ 04894134470 PLACA ORE0419

PLACA ANT. / UF ORE0419 AL CHASSI 9C2KC1680ER409768

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL.

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL. 2P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I PAGO RM VENDA ÚNICA **/**/**** VENC. / COTAS 1 **/**/****
FAXA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 **/**/****
A ***** 3 **/**/****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11 IOF (R\$) 0,32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84,58 DATA DE PAGAMENTO 10/06/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL UNIAO DOS PULGARES - 10/06/2019
BE34 ADILSON DE LIMA CAIAO A2FE
DIRETOR PRESIDENTE

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

AL Nº 015026976321 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/06/2019

CPF / CNPJ 04894134470 PLACA ORE0419

RENAVAM 00592377415 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 CALIBRE 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER409768

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÉ (R\$) 36,05 DETRAN (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL DO SEGURO (R\$) 84,58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 10/06/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.242.000/0001-04

COMPREV
COMPREV UNIAO E PREVIDÊNCIA S/A
20 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - AL 04484030318 Nº 015026976321
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÓD. RENAVAM 00592377415 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSE CRISTIANO FERRIRA DA SILVA

CPF - CNPJ 04894134470 PLACA ORE0419

PLACA ANT. / UF ORE0419 AL CHASSI 9C2KC1680ER409768

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL.

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL. 2P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I PAGO RM VENC. COTA ÚNICA 1 **/**/**** VENC. COTAS 2 **/**/**** 3 **/**/****
FAXA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 **/**/**** 3 **/**/****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11 IOF (R\$) 0,32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84,58 DATA DE PAGAMENTO 10/06/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL UNIAO DOS PULGARES - 10/06/2019
BE34 ADILSON DE LIMA CAIAO A2FE
DIRETOR PRESIDENTE

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

AL Nº 015026976321 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/06/2019

CPF / CNPJ 04894134470 PLACA ORE0419

RENAVAM 00592377415 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 CALIBRE 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER409768

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÉ (R\$) 36,05 DETRAN (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL DO SEGURO (R\$) 84,58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 10/06/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.242.000/0001-04

COMPREV
COMPREV UNIAO E PREVIDÊNCIA S/A
20 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - AL 04484030318 Nº 015026976321
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÓD. RENAVAM 00592377415 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSE CRISTIANO FERRIRA DA SILVA

CPF - CNPJ 04894134470 PLACA ORE0419

PLACA ANT. / UF ORE0419 AL CHASSI 9C2KC1680ER409768

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL.

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL. 2P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I PAGO RM VENC. COTA ÚNICA 1 **/**/****

FATURA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 **/**/**** 3 **/**/****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11 IOF (R\$) 0,32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84,58 DATA DE PAGAMENTO 10/06/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL UNIAO DOS PULGARES - 10/06/2019
BE34 ADILSON DE LIMA CAIAO A2FE
DIRETOR PRESIDENTE

CONTRAN

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

AL Nº 015026976321 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/06/2019

CPF / CNPJ 04894134470 PLACA ORE0419

RENAVAM 00592377415 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 CALIBRE 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER409768

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÉ (R\$) 36,05 DETRAN (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$) 84,58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 10/06/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.242.000/0001-04

COMPREV
COMPREV UNIAO E PREVIDÊNCIA S/A
20 JAN 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3200/032589

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3200/032589 tendo em vista está apresentando onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por LAUDO. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: DIEGO JOSE DA SILVA

CPF: 350.137.958-77



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200055169 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027596/20

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

CPF: 350.137.958-77

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DIEGO JOSE DA SILVA : 350.137.958-77

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: 20/01/2020
Nome: DIEGO JOSE DA SILVA
CPF: 350.137.958-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

DIEGO JOSE DA SILVA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045346/20

Vítima: DIEGO JOSE DA SILVA

CPF: 350.137.958-77

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DIEGO JOSE DA SILVA : 350.137.958-77

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: 03/02/2020
Nome: DIEGO JOSE DA SILVA
CPF: 350.137.958-77

DIEGO JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA