



Número: **0020745-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|----------------|
| LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR (AUTOR) | | EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 70870699 | 11/11/2020 15:49 | 2737570_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00207456620208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 11 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0020745-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|--------------------|
| LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR (AUTOR) | | EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 70870700 | 11/11/2020 15:49 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

3180578045

CPF da vítima:

03799462465

Nome completo da vítima:

LOURIVAL MANDEL DE FREITAS JUNIOR

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

Nome completo:

LOURIVAL MANDEL DE FREITAS JUNIOR

Profissão:

REC. INF

Endereço:

SI. TAMANDUA

CPF:

03799462465

Número:

250

Complemento:

CASA

Bairro:

MIMOSO

Cidade:

SURUBIM

Estado:

PE

CEP:

55750000

E-mail:

Tel. (DDD):

(81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4067

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

01002072 5

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, SURUBIM/PE 21/02/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

LOURIVAL MANDEL DE FREITAS JUNIOR

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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





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, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180578045

Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

DUT incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01759/01760 - carta_03 - INVALIDEZ

00050880



Carta nº 13693806



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180578045**

Vítima: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

Data do Acidente: **09/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180578045**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13691361

Pag. 00481/00482 - carta_01 - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190253274 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS **Data do acidente:** 09/02/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame: redução da amplitude de movimento do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo com consolidação viciosa e encurtamento da clavícula esquerda.
Recebeu alta há um ano.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve(25%) em ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

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 |



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA LOURIVAL MANOEL DE FLEITAS JUNIOR
 DATA DO ACIDENTE 09/02/2018 CPF DA VITIMA 037.994.624/165
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SOAO BATISTA
 Nº 230 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE JURUAEM UF PE CEP 65360-000
 E-MAIL afseguros@9940.vitima.com TELEFONE (81) 9665-0404

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CÉPPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ INVIABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CÉPPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CÉPPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CÉPPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.394/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 30/02/2018 DATA 09/02/2018

IDENTIDADE EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES NOME EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES

ASSINATURA Edmar Fernandes ASSINATURA _____

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190253274

Nome do(a) Examinado(a): LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO TAMANDUÁ, 250 - SURUBIM/PE -
CEP 55750-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 6056446 - SSP PE

Data e Local do Acidente : 09/02/2018

Data e Local do Exame : 17/05/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA
SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

Fratura da clavícula esquerda.

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

Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo com consolidação
viciosa e encurtamento da clavícula esquerda. Recebeu alta há um ano.

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

Ao exame: redução da amplitude de movimento do ombro esquerdo.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

Dano funcional do ombro esquerdo.

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



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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Dano funcional ombro esquerdo

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

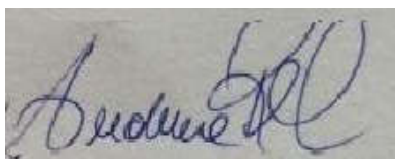
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA: *** CÔD. RENAVAM: ***** R.T.B.: **** EXERCÍCIO: ****

NOME / ENDEREÇO: ****

CPF / CGC: ***** PLACA: **NXW6520**

PLACA ANTERIOR / UF: CHASSI: **9C2HB0218AR532744**

ESPÉCIE TIPO: **PAS MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA / MODELO: **HONDA/POP100** ANO FAB: **2010** ANO MOD: **2010**

CAP / POT / CIL: **200/97** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **LARANJA**

I COTA ÚNICA (R\$) VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
P FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 1º *****
V ***** 2º *****
A ***** 3º *****

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) ISOF: **** PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

RESTRIÇÕES: **NADA CONSTA**

OBSERVAÇÕES

LOCAL: **RECIFE** DATA: **VIA INTERNET**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
Gante Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE



Secretaria de Saúde

Prezado Sr. Dr.
Luis Carlos

Segue em anexo o
relatório de exames realizados
em 20/11/2020 em S. de J. para
avaliação de triagem de
leishmaniose cutânea.
Atenciosamente,
Dr. R. M. B. A.

Assinatura: R. M. B. A.
Rua Brasil, 100, 11 - Centro - Gravata - RS
Fone: 51 362 9024 - 9925 - Email: rmba@gravata.rs.gov.br

14/11/20





TRISTIA PIEDADE PONTA DE VILA - COMTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 16.818.332/0001-00 | Tel: (81) 300843-00 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTROSURUBIM
SULSIMEPE
55750-000

CNPJ 545.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 - RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE CANCELAMENTO

| NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|-----------------|--|--|--|--|---------|---------------|-------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|--------|----|-------|-----------|-------------|-----------------|--------------------|-------|-------|-------------|------|------|----------------------|-------|-------|--------------------|------|------|----------|-------|-------|-------------------|------|------|--------------|--------------|------------|
| COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93 | | Grupo Neoennergia www.celpe.com.br | | | Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 9142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO CLIENTE LOURIVAL MANOEL DE FREITAS CPF: 083.846.264-49 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI TAMANDUA 260 TAMANDUA/MIMOSO 55750-000 SURUBIM PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | | DATA DE VENCIMENTO 17/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 53,46 | | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/04/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 10/05/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 014537371 | | CONTA/CONTRATO 001355456010 Nº DO CLIENTE 2000801233 Nº DA INSTALAÇÃO 0903775491 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | RESERVADO AO FISCO 872F.C6E5.A54D.B2C2.2A88.BC52.504A.6B66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO | | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) | DE 15 ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Vencido</th> <th>De 15 em 15</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03/04/18</td> <td>10/05/18</td> <td>R\$ 58,50</td> </tr> <tr> <td>03/05/18</td> <td>20/05/18</td> <td>R\$ 42,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota com unidade NÃO é cobrada antes de débito anterior e NÃO constitui parte de débito em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 REN 414/2010. Podem ocorrer opções de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.</p> | | | Vencido | De 15 em 15 | Valor | 03/04/18 | 10/05/18 | R\$ 58,50 | 03/05/18 | 20/05/18 | R\$ 42,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vencido | De 15 em 15 | Valor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03/04/18 | 10/05/18 | R\$ 58,50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03/05/18 | 20/05/18 | R\$ 42,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo Ativo (kWh) | | 87,00 | 0,88442619 | 87,87 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | | 3,06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 005221607-25/01/18 | | | | 0,34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 007024413-23/02/18 | | | | 0,91 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compensação DMIC 02/18 | | | | 5,50 | Tarifas Aplicadas Consumo Ativo (kWh) 8,88442619 HISTÓRICO DO CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Consumo (kWh)</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ABR 18</td><td>87</td><td>87,87</td></tr> <tr><td>MAR 18</td><td>121</td><td>121,00</td></tr> <tr><td>FEV 18</td><td>95</td><td>95,00</td></tr> <tr><td>JAN 18</td><td>53</td><td>53,00</td></tr> <tr><td>DEZ 17</td><td>49</td><td>49,00</td></tr> <tr><td>NOV 17</td><td>45</td><td>45,00</td></tr> <tr><td>OUT 17</td><td>46</td><td>46,00</td></tr> <tr><td>SET 17</td><td>41</td><td>41,00</td></tr> <tr><td>AGO 17</td><td>38</td><td>38,00</td></tr> <tr><td>JUL 17</td><td>44</td><td>44,00</td></tr> <tr><td>JUN 17</td><td>52</td><td>52,00</td></tr> <tr><td>MAI 17</td><td>52</td><td>52,00</td></tr> <tr><td>ABR 17</td><td>52</td><td>52,00</td></tr> </tbody> </table> COMPOSIÇÃO DO CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Valor (R\$)</th> <th>Porcentagem (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Geração de Energia</td><td>15,78</td><td>28,38</td></tr> <tr><td>Transmissão</td><td>1,72</td><td>3,07</td></tr> <tr><td>Distribuição (Celpe)</td><td>14,19</td><td>24,48</td></tr> <tr><td>Energia Solarizada</td><td>5,34</td><td>9,57</td></tr> <tr><td>Tributos</td><td>16,16</td><td>27,91</td></tr> <tr><td>Perdas de Energia</td><td>4,75</td><td>7,35</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>57,97</td><td>100</td></tr> </tbody> </table> | | | Mês | Consumo (kWh) | Valor (R\$) | ABR 18 | 87 | 87,87 | MAR 18 | 121 | 121,00 | FEV 18 | 95 | 95,00 | JAN 18 | 53 | 53,00 | DEZ 17 | 49 | 49,00 | NOV 17 | 45 | 45,00 | OUT 17 | 46 | 46,00 | SET 17 | 41 | 41,00 | AGO 17 | 38 | 38,00 | JUL 17 | 44 | 44,00 | JUN 17 | 52 | 52,00 | MAI 17 | 52 | 52,00 | ABR 17 | 52 | 52,00 | Descrição | Valor (R\$) | Porcentagem (%) | Geração de Energia | 15,78 | 28,38 | Transmissão | 1,72 | 3,07 | Distribuição (Celpe) | 14,19 | 24,48 | Energia Solarizada | 5,34 | 9,57 | Tributos | 16,16 | 27,91 | Perdas de Energia | 4,75 | 7,35 | TOTAL | 57,97 | 100 |
| Mês | Consumo (kWh) | Valor (R\$) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABR 18 | 87 | 87,87 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAR 18 | 121 | 121,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEV 18 | 95 | 95,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JAN 18 | 53 | 53,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEZ 17 | 49 | 49,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOV 17 | 45 | 45,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUT 17 | 46 | 46,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SET 17 | 41 | 41,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGO 17 | 38 | 38,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUL 17 | 44 | 44,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUN 17 | 52 | 52,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAI 17 | 52 | 52,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABR 17 | 52 | 52,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrição | Valor (R\$) | Porcentagem (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geração de Energia | 15,78 | 28,38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transmissão | 1,72 | 3,07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distribuição (Celpe) | 14,19 | 24,48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Energia Solarizada | 5,34 | 9,57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tributos | 16,16 | 27,91 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perdas de Energia | 4,75 | 7,35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 57,97 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | | 53,46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICMS | | PIS | | COFINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57,97 | 25,00 | 14,49 | 57,97 | 0,62 | 0,36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 57,97 | 2,40 | 1,39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ATUAL DATA | Nº DE LEITURA | CONSUMO (kWh) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000003131657126 | CAT | 17/04/2018 | 17/04/2018 | 3.185,00 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000003131657126 | CAT | 26/03/2018 | 17/04/2018 | 3.185,00 | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/05/2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO | CONSUMO | VALOR APURADO | MÉDIA MENSAL | MÉDIA TRIM. | MÉDIA ANUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| fev/2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DC-Nº de horas sem Energia | SURUBIM | 20,83 | 5,55 | 15,10 | 22,21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RC-Nº de vezes sem Energia | | 1,00 | 3,42 | 6,85 | 13,70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua | | 20,83 | 3,20 | 0,80 | 0,80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DMIC-Duração de interrupção em dia crítico | | Limite DMIC: 13,22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DMIC-Valor de Energia de Dia - R\$ 21,54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nota: Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DMIC, POC, DMIC e DICI a qualquer tempo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pague no ponto mais perto de você! farmácia do bairro do coqueiro: av marilda arruda guerra 125 coqueiro / Ita moveis II: surubim coqueiro lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÍVEL DE TENSÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TENSÃO NOMINAL (V) | | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MÍNIMO | | MÁXIMO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 220 | | 202 | | 231 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 838000000009 534600110016 355456010102 131970774938 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





491393
06/06/18
31805805
Bobim
Origina

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002688**

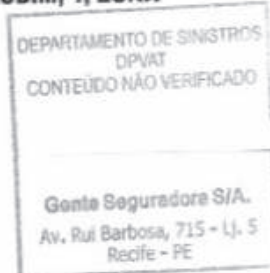


Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **12:00**

Complementa o BO Número: **18E0206002687**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CECILIA PEREIRA DE FREITAS** Pai: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8056446/SSP/PE (RG), 03799462465 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81997396718**

Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO / BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

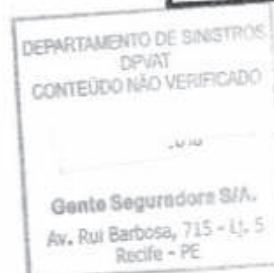
03/12/2018 11:

Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA TERAA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVICULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

Boletim Oficial



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002687

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:56**

Complementado pelo BO Número: **18E0206002688**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6056446/SSP/PE (RG), 03799462465 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81997396718**

Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em



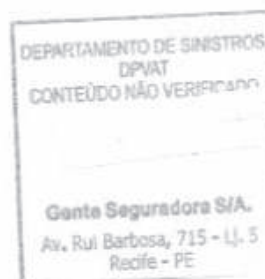
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERAA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVICULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

Securinal manual de futeo junior

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**





491393
06/06/173/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002688

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **12:00**

Complementa o BO Número: **18E0206002687**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 9/2/2018 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
 RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)
 LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA

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

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS Data de Nascimento: 18/4/1980 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6056446/SSP/PE (RG), 03799462465 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: - 81997396718

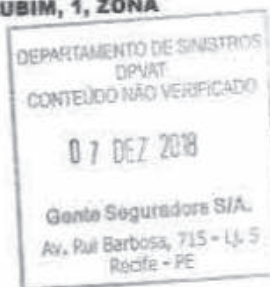
Residência: **SÍTIO TAMNDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE JENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE JENRIQUE**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **ARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**
 Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**
 Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

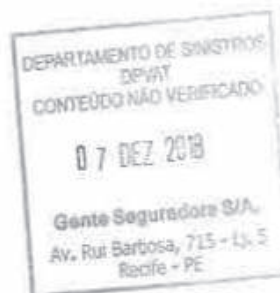
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADA DE TERRA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM GARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002687**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:56**

Complementado pelo BO Número: **18E0206002688**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6056446/SSP/PE (RG), 03799462465 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81997396718**

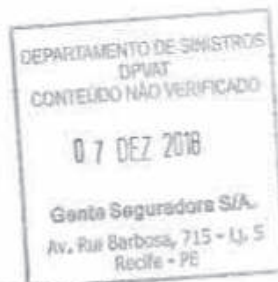
Residencial: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em



Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADADE TERAA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVICULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
037.994.624-65 LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

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

Nome completo: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR CPF: 037.994.624-65
Profissão: REC-INF Endereço: SI TAMANDUA Número: 250 Complemento:
Bairro: MIMOSO Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55350-000
E-mail: Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4067 CONTA: 1002032 5 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, 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.

RECEBIMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
BOMFIM DEPARTAMENTO DE SINISTROS
715 - L.L.5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data, SURUBIM/PE 04/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

1ª A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190253274

Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 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: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **033**

Agência: **000004067**

Conta: **000001002072-5**

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





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, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190253274

Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00483/00484 - carta_02 - INVALIDEZ

00050242



Carta nº 14318210





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190253274

Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01773/01774 - carta_03 - INVALIDEZ

00050887



Carta nº 14141632





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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190253274

Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00701/00702 - carta_03 - INVALIDEZ

00060351



Carta nº 14183348





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190253274

Vítima: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

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

Carta nº 14139326

Pag. 01177/01178 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04067

CONTA: 000001002072-5

Nr. da Autenticação AB75262CE2961BCE



UPA24

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0055343

Prontuário: 00029713-5

Nome: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS

Endereço: SÍTIO TAMANDÁ/PROX. A VICENTE HENRIQUE

Cidade: SURUBIM/PE Bairro: ZONA RURAL

Documento: CI6056446 CNS:

Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS

Profissão: AGRICULTOR

Idade: 37 ANOS, 9 MESES E 22 DIAS

Dt. Nasc.: 18/04/1980 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

CEP: 55750000

Nac: BRASIL

Tel: (81) 9739-6718

Sisprenatal:

Pa: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS

Responsável:

Últimas Ocorrências

| Data | Nº Ocorrência | Motivo do atendimento |
|------------------|---------------|-----------------------|
| 09/02/2018 20:10 | 0055343 | ACIDENTE DE MOTO. |

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

| Horário | P.A. | Pulso | Peso | Assinatura |
|---------|------|-------|------|------------|
| | | | | |

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Queixas / Diagnóstico

Doença auto.
afetiva da
oral
esq.

Tratamento

Ceto profano 1 un

dipirona 1 un 21/35

Tramadol 100 mg 30/30

500 mg 100 mg

7/10 mg 100 mg

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

| | | |
|--|--|---|
| ADM MEDICAMENTO: | | Mário Cordeiro dos Anjos Moraes TÉCNICO COBEN Téc. ENL Conex: 651923 W. Leite |
| <input type="checkbox"/> CURATIVO | <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP | |
| <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO | |
| Consultas / Atendimento Médico: | | MÉDICO ORÇ Médico QM-PE 17/105 |
| <input type="checkbox"/> urgência básica | <input type="checkbox"/> urgência especializada | HORÁRIO: |
| <input type="checkbox"/> observação básica | <input type="checkbox"/> observação especializada | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TECNICO/CONSELHO DIPAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO | HORÁRIO |
| | 07 DEZ 2018 | |
| | Gesta Seguros S/A. | |
| | Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE | |

a impressão: Sexta-feira, 09 de Fevereiro de 2018 às 20:10

Recepcionista: CAROLAYNE



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 389078

Prontuário: 313631

Nome: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS

Data Nasc.: 18/04/1980

Idade: 37

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 700000933213004

Nº: 0

Endereço: SÍTIO TAMANDUA

Cidade: SURUBIM

Estado: PE

Bairro: ZONA RURAL

Fone: 97396518

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: CECILIA MANOEL FREITAS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 10/02/2018 00:22

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Prontuário no pronto socorro em acidente
de moto (ATV)*

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Prontuário / ATN no pronto socorro em acidente

Diag. Provisório:

Fratura de CERVICAL

*Rx: Fratura do T6 com lesão
de C4 e C5*

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

*CD - LERANIS MANOEL PI T6
Cervical C4*

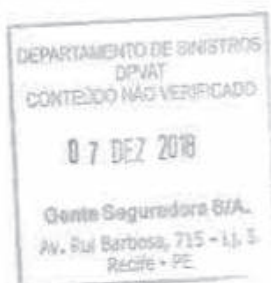
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

Dr. Mauricio Paez
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
SUPE: 123456789

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
RECIFE - PE

*Assinado o
termo*







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima: 037.994.624-65 LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR

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

Nome completo: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JUNIOR CPF: 037.994.624-65
Profissão: REC-INF Endereço: SI TAMANDUA Número: 250 Complemento:
Bairro: mimoso Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55350-000
E-mail: Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4067 CONTA: 1002032 5 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

07 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data, SURUBIM/PE 04/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

1ª A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



491393
06/16/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002688

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **12:00**

Complementa o BO Número: **18E0206002687**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 9/2/2018 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
 RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)
 LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA

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

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: LOURIVAL MANOEL DE FREITAS Data de Nascimento: 18/4/1980 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6056446/SSP/PE (RG), 03799462465 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: 81997396718

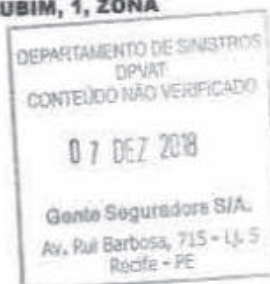
Residência: **SÍTIO TAMNDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE JENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE JENRIQUE**

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

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

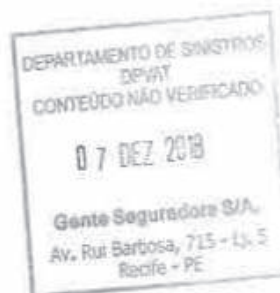
VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**



Complemento / Observação

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

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0206002687**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:56**

Complementado pelo BO Número: **18E0206002688**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (OUTRO)
LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**

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

LOURIVAL MANOEL DE FREITAS JÚNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: CECILIA PEREIRA DE FREITAS Pai: **LOURIVAL MANOEL DE FREITAS** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **6056446/SSP/PE (RG), 03799462465 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 81997396718**

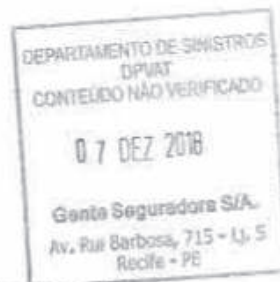
Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE BAIXO, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE VICENTE HENRIQUE**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAIMUNDA MARTINS SANTOS DA SILVA**, que estava em



Placa: **NXW6520** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **229042660** Chassi: **9C2HB0210AR532744**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE LOURIVAM MANOEL DE FREITAS JÚNIOR, NOTICIANDO QUE NO DIA 09/02/2018, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA EM UMA ESTRADADE TERAA NO SÍTIO TAMANDUÁ DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA VINDO A BATER EM UMA CERCA DE ARAME E CAIR, E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO NA CLAVICULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO SEU VIZINHO O SR. "VICENTE HENRIQUE", PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

