
Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: IRINALDO DE SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000057725-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 328.104.154-04 4 - Nome completo da vítima: Arnaldo de Souza

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

5 - Nome completo: Arnaldo de Souza 6 - CPF: 328.104.154-04
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua Paulino Pires 9 - Número: 98 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55646-090
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9998-3081

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: 0943 CONTA: 57725 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Gravata, 13/11/19

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181001562**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/1/2017** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SITIO JATÓBA, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
JOSE COSTA DE ARRUDA (NOTICIANTE)
IRANILDO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE COSTA DE ARRUDA

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

JOSE COSTA DE ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DA COSTA DE ARRUDA Pai: HELENO LUIS DE ARRUDA Data de Nascimento: 2/10/1984 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7104490/SDS/PE (RG). 06256407482 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, , SITIO JATOBÁ, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRANILDO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARQUES DE SOUZA Pai: JOSE MARIA DE SOUZA Data de Nascimento: 25/7/1960 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2337091/SDS/PE (RG). 32810415404 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 90, RUA PAULINO PAES, VILA DE MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **OYT0922** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **1028574239** Chassi: **9C2KC1680FR524769**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE COSTA DE DE ARRUDA PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA TENDO COMO GARUPA O SENHOR IRANILDO DE SOUZA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM PELA ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SÍTIO JATOBÁ, ÁREA DE SAIRE -PE. QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) QUE ATRAVESSOU A ESTRADA CORRENDO; QUE, AMBOS CONDUTOR E GARUPA CAIRAM AO CHÃO, SENDO QUE O SENHOR JOSE COSTA DE ARRUDA TEVE APENAS PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VITIMA IRANILDO DE SOUZA FICOU LESIONADO E PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL MAIS PROXIMO, (HOSPITAL DR. PAULO VEIGA PESSOA) NA CIADE DE GRAVATÁ-PE, CONFORME REGISTRO DE Nº 166785, ASSINADA PELO MEDICO DR. WILSON DE OLIVEIRA, CREMEPE 7803, E DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE COM REGISTRO DE Nº 263.223, DOCUMENTAÇÕES ESTAS APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.

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

Jose Costa de Arruda

JOSE COSTA DE ARRUDA
(NOTICIANTE)

Iranildo de Souza

IRANILDO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 328.104.154-04 4 - Nome completo da vítima: Arnaldo de Souza

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

5 - Nome completo: Arnaldo de Souza 6 - CPF: 328.104.154-04
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua Paulino Pires 9 - Número: 98 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55646-090
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9998-3081

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: 0943 CONTA: 57725 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Gravata, 13/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRINALDO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000057725-0

Nr. da Autenticação 8FEE6A3B2DB2264E

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - Pernambuco - CEP 51060-603
CNPJ 10.835.852/0001-06 | Lic. Exp. 3005942-91 | www.cepne.com.br

DADOS DO CLIENTE
SOLANGE MARIA DOS SANTOS

ENDERECO DA UNIDADE CLASSE/UNIDADE
RUA PAULISTA, 1.234 - 2º ANDAR

CPF 784 402 004-15 NR 18578364058

MANCAGARUMANCAGARU
URATAFE
5548-002

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONTINUA
MORTUÁRIO

NP DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
0014-0430	00004	04/01/2017

ACREDITAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11102-2117	203018718	1400002

CONTO CONTRATO	MESUR
0167/154034	02/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
17/02/2017	14/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	5,20

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30 0000100	0,15224673	4,56
Contribuição Iluminação Pública			0,94
Compensação DGC Atual 2018			-0,73

• TOTAL DA FATIÇÃO

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1176		10-01-2017	19.990,00	10-02-2017	19.371,28	28	1.00000		1,00

HISTÓRICO DE DOÇAS		INFORMAÇÕES E RESULTADOS			FOLHA DE CÁLCULO	
FEV 17	30					
JAN 17	30					
DEZ 16	30					
NOV 16	30					
OUT 16	30					
SET 16	30					
AGO 16	30					
JUL 16	30					
JUN 16	30					
MAI 16	30					
ABR 16	30					
MAR 16	30					
FEV 16	30					

ICMS

PIS

COFINS

VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
4,56	0,50	0,23
4,56	3,20	0,15

Pré-imposto de ICMS de 10% de 100%

- Custo de Duplicata de 100%

Ativo de Produção ANS

4140210

Comissão Agente 30mm

TARIFAS APLICADAS

0,1450000

RENTAL DO FISCO

8165 7642 5099 464F 573C 81FC 70D8 3DF0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NA 2002, a INEPA realizou uma visita técnica ao local, constatando a existência de uma contaminação por metais pesados, especialmente por chumbo, no solo e na água. A INEPA, em conjunto com a ANA, realizou uma investigação mais detalhada, constatando a existência de uma contaminação por metais pesados, especialmente por chumbo, no solo e na água. A INEPA, em conjunto com a ANA, realizou uma investigação mais detalhada, constatando a existência de uma contaminação por metais pesados, especialmente por chumbo, no solo e na água.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Consumo medio di gas per metro cubo di energia fluida

Verdu	Stressu	Valu	Verdu	Stressu
14/01/97	10/05/97	5,75	21/02/98	13/01/97
20/05/98	13/05/98	5,59	21/02/98	13/01/98
18/09/95	14/10/95	77,58	18/09/95	11/05/95

De acordo com o pagamento em espécie, o fornecedor de energia poderia se apegar, tecnicamente, ao seu direito de recusar-se a pagar as tarifas de energia elétrica. No entanto, a legislação brasileira prevê que, em caso de inadimplência do consumidor, a concessionária de energia elétrica pode se apegar ao seu direito de recusar-se a fornecer energia elétrica. No entanto, a legislação brasileira prevê que, em caso de inadimplência do consumidor, a concessionária de energia elétrica pode se apegar ao seu direito de recusar-se a fornecer energia elétrica.

Atendimento ao cliente
fornecendo (Resolução ANEP,
416/2011) sobre produtos
serviço prestado e todos os
recursos e disposições para
consulta, em todas as unidades de
atendimento no site
www.fapes.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
USUÁRIO	VEZES ANUAIS (N)	TEMPO MÓDULO (H)	TEMPO TOTAL (H)	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIG	0,00	0,67	11,34	72,00	220	190 - 254
ENC	0,00	3,16	9,97	72,00		
ENGC	0,00	1,39	3,00	0,00		

Linha DICI 220 V/50 Hz - Vem do Estação de Energia do Sistema de Distribuição - PES-01

2020 - Vademecum Étudiant de l'Université de Guyane - 2020-2021

S. Amarelo

Hospital Geral de Gravata Dr. Paulo da Veiga Pessoa
SOUTO MAIOR, NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, Gravata - PE
CEP: 55642-250, Fone: (81) 3533-0423 | (81) 3533-0423



FICHA DE ATENDIMENTO

166785
15/01/2017 20:24
Procedimento Local: Prontuário Integrado
Local de Entrada: RECEPÇÃO GERAL

Número do Registro
166785

Data e Hora do Atendimento
15/01/2017 20:24

Procedimento Local: Prontuário Integrado

Local de Entrada
RECEPÇÃO GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000129169 IRINALDO DE SOUZA

CNS:

Nascimento: 25/07/1960

Idade: 56

Sexo: Masculino

Cor: Sem informação

Estado Civil: Solteiro(a)

Profissão:

Naturalidade:

Nacionalidade: Brasileiro

Documento:
Ignorado

Filiação:

SEVERINA MARQUES DE SOUZA
JOSE MARIA MARQUES DE SOUZA

Endereço (Av., Rua, etc): PAULINO PARS

Bairro: MANDACARU

Cidade: GRAVATA

90

Complemento:

Acompanhante: GENRRO

UF: PE

Telefone:

Ocorrência:

Procedência: ZONA RURAL

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Meio de Transporte:

Dados da triagem

Atendimento com nota em

Atendimento Médico:

Data: / /

Hora:

Médico:

CRM:

Queixa Principal:

Tru do joelho
Sem dor insidiosa

Evolução:

Estável

Características do joelho

Adaptação do joelho
Wilson de Oliveira Brito
Médico

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVENÇÃO S/A

18 DEZ 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) Irinaldo de Souza
Esteve internado nesta Unidade Hospitalar, nos dias ;16/01/2017 a 03/02/2017

REGISTRO: 263.223

Diagnóstico: Fratura de Fêmur .

Tratamento: Cirúrgico.

OBS : CID: s82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Maio de 2017

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAH - do HRA
Matrícula: 12450

Setor de arquivo (same)

08 794 97570269-27

FUSAM - Hospital Regional

Av. 15, 0

RR 2000 - Km 132

Indaial - SC - 13.200-000

Cidade - SC

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Rivaldo do foye

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Queda de antebraço
e fratura de
1/3 distal de
coxa D. Osteorin-
tese. ver Rx
iniciar fisio-
pio. seguir
mantendo apêndices
do membro
por 90 (noventa) dias.
trabalhos mais
autônomos - sic.
2094

Data

07/07/07

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício.
Eleida Monteiro de Souza

Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10260

1º Lugar

2º Concurso 89

AT. 293442

RG. 263223

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Rivaldo Souza

Prontuário: 263223

Data: 31/01/2017 Hora: _____

DIAGNÓSTICO: fract. Fech

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Alta Hospitalar: Data: 31/01/2017

Hora: _____

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA
RESUMO DE ALTA

Nome: Rivaldo Souza

Prontuário: 263223

Data: 31.01.2017

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fract. Fech.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

[Signature]

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Milton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10860

Alta Hospitalar: Data: 31.01.2017

Hora: [Signature]

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Prefeitura de
GRAVATÁ
A cidade cresce com a gente

Secretaria de Saúde

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o Sr. Antônio
José de Santana, é portador de uma sub-
normal (Vé'sombras) além de sequelas de
Artrose reumatóide nas mãos além de artro-
se em quase toda a coluna óssea. De-
ambula com dificuldade com o suporte de
bengalas. Pelas razões acima o mesmo
não tem as mínimas condições laborativas
sendo assim o mesmo solicita sua Absen-
tadoria por Incapacidade (CID H 54, H 49.5, H 20)

30/4
/04
/15

Frederico Marcos F. Amorim
Médico Clínico
CRM 4281

Sugestão, Reclamação, Elogios

Rua XV de Novembro, 121 - Nossa Senhora das Graças - Gravata - PE
Fone: 3563-9024 - e-mail: ouvidoriasus@prefeituradegravata.pe.gov.br

ATESTADO MÉDICO

NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CPM N° 1851/2008

Declaro para os devidos fins que o(a)Sr(a).

Bruno Flávio da Faria

É portador(a) da seguinte patologia (CID 10):

A30

Data de início da doença:

Há 1 ano e 6 meses

Com as seguintes consequências para a saúde do paciente:

Limitação a caminhada, perda da força de
membros inferiores

A incapacidade que acomete o paciente é (permanente/temporário, total/parcial):


Permanente parcial

No caso de incapacidade temporária o prazo para a recuperação do paciente é de:

Assinatura e Carimbo do Médico

(CRM n° _____)

Em 28 / 10 / 2016


Augusto Cezar Dal Chavon
Médico
CRM/PE 23333

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.337.091 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2017

NOME << IRINALDO DE SOUZA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MARIA DE SOUZA >>
<< SEVERINA MARQUES DE SOUZA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 25/07/1960

DOC. ORDEM << CC. 32.345 L.858 F.238 CART. 1 >>

RECIFE-PE 06.01.1993

328.104.154-04

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

41705459150313358 7338158

F-76 16.695 - 302

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-R51

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIE

IRINALDO DE SOUZA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarga Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 328.104.154-04

Nome IRINALDO DE SOUZA

Nascimento 25/07/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

18 DEZ 2019

PROTOCOLO

NOIA 215

Sistema Único de Saúde

IRINALDO DE SOUZA

DATA NASC.: 25/07/1960

700 2054 7668 8725

SEXO: M

INSCREVA-SE NO SUS

É um cartão de uso pessoal e não pode ser usado em outros locais.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

após a liberação o cartão

SUS

Cartão do Usuário

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

18 DEZ 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 328.104.154-04

Nome IRINALDO DE SOUZA

Nascimento 25/07/1960

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

F19B.FF72.E688.6321

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:59:46 do dia 08/08/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 60

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012213758532
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1028574239 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

JOSE COSTA DE ARRUDA

RECIFE-PE

CPF / CNPJ 062.564.074-92

PLACA CYT0922

PLACA ANT. / UP ***** / PE CHASSI 9C2KC1680FR524769

ESPÉCIE TIPO FAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN E3DI

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP. POT. 2P/149CL

USO PARTIC

COR PRETA

I COTA ÚNICA TPVA 2017 GUSTAGO 1ª *****

V PAUTA PVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

A 1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 ITC (R\$) 0,00 PRELIMINAR (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

RECIFE DATA 02/02/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor-Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 012213758532 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE COSTA DE ARRUDA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/02/17

VIA 1 CPF / CNPJ 062.564.074-92

PLACA CYT0922

RENAVAM 1028574239

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN E3DI

ANO FAB. 2014 CAT. (R\$) 09

Nº CHASSI 9C2KC1680FR524769

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707959

Cidade: Sairé

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do acidente: 15/01/2017

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.

Descrição do exame físico: Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro com rigidez em semi flexão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458410/19

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

CPF: 328.104.154-04

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 15/01/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IRINALDO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IRINALDO DE SOUZA : 328.104.154-04

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: 18/12/2019
Nome: IRINALDO DE SOUZA
CPF: 328.104.154-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

IRINALDO DE SOUZA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190707959**

Nome do(a) Examinado(a): **IRINALDO DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PAULINO PAES, 536 - Mandacaru - Gravata - PE - CEP 55646-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **2337091**

Data e local do acidente: [**15/01/2017**] **Sairé**

Data e local do exame: [**03/01/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro com rigidez em semi flexão do joelho direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro inferior direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE