



17/12/2020

Número: **0063521-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAI WELLINGTON DA SILVA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72698486	17/12/2020 13:56	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149797

Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAI WELLINGTON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

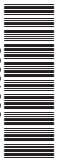
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15709589

Pag. 01877/01878 - carta_01 - INVALIDEZ

00010939





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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149797

Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAI WELLINGTON DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAI WELLINGTON DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001311-0

Conta: 000001016869-4

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

Pag. 00437/00438 - carta_15R - INVALIDEZ

00020219



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: 118.180.364-01 4 - Nome completo da vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

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

5 - Nome completo: RAI WELLINGTON DA SILVA 6 - CPF: 118.180.364-01
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: SÍTIO LEITÃO 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CARNAÍBA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87-998092784

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: 3311 0 CONTA: 1016869 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/04/2020 CARNAÍBA-PE

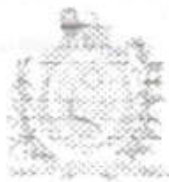
Rai Wellington da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA - DP167ªCIRC
DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0257000191

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/01/2020 às 15:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/4/2020 às 07:20

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 232, 1 - Bairro: CENTRO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PS 320 - DA SAÍDA PARA PESQUEIRA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

XXX (AUTOR AGENTE)
JOSEFA PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RAI WELLINGTON DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RAI WELLINGTON DA SILVA

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

RAI WELLINGTON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **JOSEFA PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MILTON DA SILVA** Data de Nascimento: 10/1/1997 Nacionalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 9592528/SDS/PE (RG), 11618036401 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO
Profissão: **SERVEANTE** Telefones Celulares: - 97998992754

Residência: **SÍTIO LEITÃO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARNAIBA, 1 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

JOSEFA PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **OLÍVIA REGINA DA SILVA** Pai: **MANOEL PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: 2/2/1975 Nacionalidade: **CARNAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CARNAIBA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAI WELLINGTON DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAI WELLINGTON DA SILVA**

- Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS2313 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA AFIRMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS TRAFEGAVA NA PE 320 ENTRE ARCOVERDE E PESQUEIRA EM SUA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, E CONSIGO LEVAVA NO ASSENTO TRASEIRO SUA GENTIORA, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO ÚLTIMO POSTO, QUANDO EM UMA ULTRAPASSAGEM PERDEU O CONTROLE DA MOTO NA TENTATIVA DE NÃO COLIDIR EM OUTRA MOTOCICLETA; DO ACIDENTE ELE RAI WELLINGTON DA SILVA SOFREU UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO; JÁ A SUA MÃE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. A MOTO EM QUESTÃO ESTÁ LICENCIADA EM NOME DO PRÓPRIO.

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

RAI WELLINGTON DA SILVA
(VÍTIMA)

Rai Wellington da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ HUMBERTO SIQUEIRA** - Matrícula: **380996-0**



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: 118.180.364-01 4 - Nome completo da vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA

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

5 - Nome completo: RAI WELLINGTON DA SILVA 6 - CPF: 118.180.364-01
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: SÍTIO LEITÃO 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CARNAÍBA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87-998092784

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: 3311 0 CONTA: 1016869 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/04/2020 CARNAÍBA-PE

Rai Wellington da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAI WELLINGTON DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01311-0

CONTA: 000001016869-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2804202005000000000023701311000001016869168750 PAGO



NOTA FISCAL • FATURA • DONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ nº 10.835.932/0001-08 | Itac: Ene 0005943-50 | www.ene.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA PEREIRA DA SILVA

CPF 880 152 114-66 NIS 20907949267

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Montesilva

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

+ ST LEITAO 577

CARNAIBA - RURAL CARNAIBA E. F. S. A.
CARNAIBA PE
56820-000

RP DA INTER.FISCAL	ANEXO	PERÍODO
100387260	OPACA	12/01/2020

APPROXIMAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
13/01/2020	2002392201	738764

CONTA CONTINUA	1876929011	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	18/03/2020	14/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)		44,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUBO ate 30 kWh	30,00000000	0,10136136	3,04
Consumo-TUBO superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,11752154	8,23
Consumo-TUBO superior a 100 ate 220 kWh	70,00000000	0,20564186	14,39
Consumo-TE ate 30 kWh	30,00000000	0,09272104	2,79
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,15899169	11,18
Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh	29,00000000	0,23963757	6,95
Multa por atraso-NF 099499616 - 11/02/20			0,82
Juros por atraso-NF 099499616 - 11/02/20			0,08
Atualizacao IGPM-NF 099499616 - 11/02/20			0,66

TOTAL DA FATURA

440

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO NESSOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONCURS. (R\$)
27006-00000	CA-7	DATA 11-02-2020	LEITURA 904,00	DATA 12-03-2020	LEITURA 1.183,00	30	1,00000		7,20,00

...INCONTINUO DE CONTINUO

DATE	PRICE
MAR 20	126
FEV 22	114
APR 20	133
DEC 14	134
NOV 18	120
OCT 18	141
SEP 18	108
AGO 18	130
JUL 18	108
JUN 18	84
MAY 18	102
ABR 18	107
MAR 18	113

INFORMACIÓN DE INTERÉS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
ICMS	43,000	1,04	
PIS	43,000	4,75	
COFINS			

CONSERVAÇÃO DA CONDIÇÃO

de Energia	R\$	15,31	64,36%
Indústria	R\$	2,27	9,39%
Edifício (Café)	R\$	13,79	57,25%
de Energia	R\$	4,34	18,00%
de Saneamento	R\$	1,35	5,59%
de	R\$	2,54	10,52%
	R\$	43,55	100%

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

- Consumo TSS superior a 20 m³ (100 kWh)
- Consumo TSS superior a 100 m³ (220 kWh)
- Consumo TE até 30 kWh
- Consumo TE superior a 30 até 100 kWh
- Consumo TE superior a 100 até 220 kWh

estimado ao fisco

A7B U212 380 130 A77 97E F164 618C

INFORMAÇÃO IMPORTANTE[illegible]

As a result, the growth of the economy has been slow, and the government has been unable to attract foreign investment. The government has also been unable to attract foreign investment.

DOAÇÃO E RESPONSABILIDADE DAS INSTITUIÇÕES

	VALOR MENSUAL	VALOR SEMESTRAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL
DIC	0,00	6,03	12,06	24,12
FEB	0,00	3,36	6,72	13,45
ABR	0,00	3,94	6,50	9,50

Fonte: CCR, 19.10.2003. Elaboração: Valeriano e Silva, 2003. Os dados do Sistema de Contabilidade são de 19.10.2003.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

Unité	Unité	Unité	Unité	Unité
Unité	Unité	Unité	Unité	Unité



FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐

Idade do paciente:	Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
105685	07/01/2020 07:42		URGÊNCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Nome: RAI WELLINGTON DA SILVA

Idade: Nascimento: 10/01/1997 Idade: 22 Sexo: Masculino Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: CARNAIBA Nacionalidade: Brasileiro

Filiação Mãe: JOSFFA PEREIRA DA SILVA

Estado: Ignorado

Pai:

Endereço: SÍTIO LEITAO

Cidade: CARNAIBA

Complemento:

Acompanhante: A MAE

UF: PE Telefone:

Residência:

Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Residência:

Classificação de Risco:

07/01/2020	Hora do Atendimento: 07:42	Enfermeiro:	Coren:
------------	----------------------------	-------------	--------

Queixa Principal: Queda de moto + dor em estomaco (E)

105685

MIRA - 5851711

História do Trauma:

Estado de Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Estado de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Estado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Relato: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Estado de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Natureza: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

Respiratório: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

FC: x SPO2

Arterial: PA: 130 x 80 mm Hg Pulso: bpm

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Abertura Ocular: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal: Escor:

Glasgow: Resposta Motora:

Escor: Hora:

Exame:



Atendimento Médico: Paciente vítima de acidente de moto há
 Data: 07:42 ol hora, com lesão em cotovelo (E)
 Hora: 07/01/2020 Médico: Nega TCE, perda da consciência, e outras
queixas. Relata dor intensa no CRM: Juliana Carvalho Freire
Médica
CRM-PR: 28464

Diagnóstico Inicial: acidente de moto

Exames Solicitados: Rx ~~mal~~ cotovelo (E)

Resultado dos Exames: _____ Cód Procedimento: _____

Tratamento/Procedimentos: (1) Tramal 100mg/ml 1FA + 100 ml SF 0,9% (2)
(2) Lembreza local de lesões + lenitivo Assinatura Médico + Carimbo
Dr. André Manoel da Silva
COREN-PR 138-TE Juliana Carvalho Freire
Médica
CRM-PR: 28464

Queixa Principal: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico do Caso: _____

Condição da Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para: _____

Internado na Clínica: _____

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: / / Hora: _____

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____


Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____



Data e hora retirada da senha: 07/01/2020 12:49

Nome Paciente: RAI WELLINGTON DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/01/1997
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: U0012
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 576669 
SAME:

Período: 07/01/2020 12:53 - 07/01/2020 12:56

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE COLISÃO DE MOTO COM CARRO, HA 6 HORAS, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM ARTICULAÇÃO DO COTOVCELO ESQUERDO.

Medicamento(s): DM-
HAS-

Observação: RAIÓX COM FRATURA DE RADIO
NEGA ALERGAIA

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2020 12:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





NOME: RUI Wellington da Silva

REGISTRO: 529522

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2020

ALTA: 11/01

DIAGNÓSTICO: Fratura do olecrão (E)

TRATAMENTO: RFT

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 06/02 ÀS 7HS

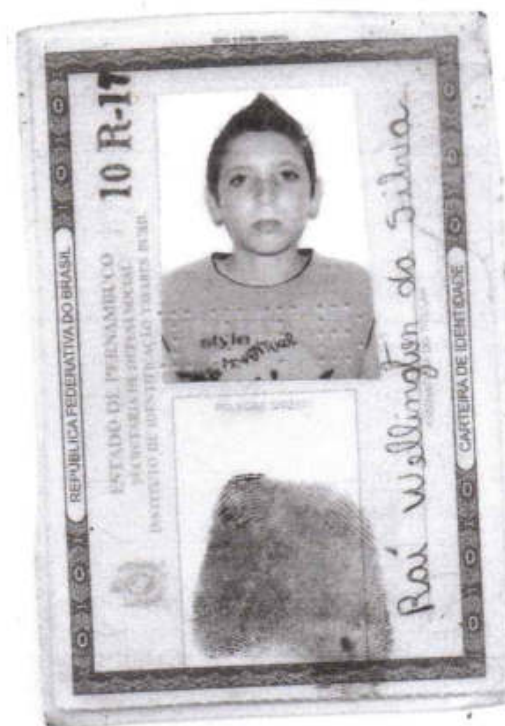
2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
RAI WELLINGTON DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF
9592528 SDS PE

CPF
118.180.364-01

DATA NASCIMENTO
18/10/1997

FILIAÇÃO
JOSE NILTON DA SILVA
JOSEFA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. NM
B5

VP REGISTRO
0633408229

VALIDADE
21/09/2020

V. HABILITAÇÃO
21/12/2015

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

RAI WELLINGTON DA SILVA
Assinatura do Portador

LOCAL
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

DATA EMISSÃO
28/12/2014

562669830
PRO768802

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1416819975

PRÓXIMO PLASTIFICAR
1416819975



Num. 72698486 - Pág. 15



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RAI WELLINGTON DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 07.01.2020 CPF DA VÍTIMA 118.180.364-01
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rai Wellington da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É marido
ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio brejes
Nº 577 COMPLEMENTO caso BAIRRO Zona Rural
CIDADE Amaral UF PE CEP 55000-000
E-MAIL _____ TELEFONE (3799) 8092784

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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)
() CPF 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (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 FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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)
() CPF 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 VÍTIMA 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 6.194/74.
- 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 023 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
IDENTIDADE 9.592.528 DATA _____
ASSINATURA Rai Wellington da Silva NOME _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149797 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P5)

Sequelas permanentes: DILIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116616/20
Vítima: RAI WELLINGTON DA SILVA
CPF: 118.180.364-01
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A
Data do acidente: 07/01/2020
CPF de: Próprio
Titular do CPF: RAI WELLINGTON DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAI WELLINGTON DA SILVA : 118.180.364-01

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: 16/04/2020
Nome: RAI WELLINGTON DA SILVA
CPF: 118.180.364-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAI WELLINGTON DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

