

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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS ALVES 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

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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA

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

Comprovante de residência 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

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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190302351 **Vítima: LUIS ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 28/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS ALVES DA SILVA

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\$ 0,00

Recebedor: LUIS ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000063785-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: LUIS ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3190302351
LUIS ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190302351**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

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:		
	212.415.464-87	2015 Alves da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:	CPF:		
Agricultor	At Boa Vista	212.415.464-87	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	São José do Belmonte	Estado:	CEP:
Alto Boa Vista	PE	56950-600	Tel.(DDD):	87-9634-4907
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0914	AGÊNCIA: _____
CONTA: 63785	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.

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. 39, §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.

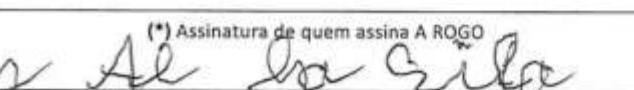
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

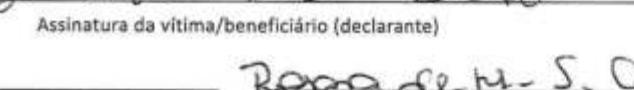
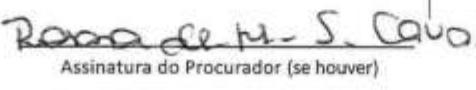
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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 (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: 20/04/2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
		EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)
	
Assinatura da Seguradora (se houver)	
Assinatura da Seguradora (se houver)	

(*) 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.



EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 178ª CIRCUNSCRICAO - SÃO JOSÉ DO
BELMONTE - DP178°CIRC DINTER2/21°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0268000209**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às
08:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconfeceu no dia **28/12/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE, 1, BR-232 - DISTRITO DO BOM NOME - Bairro: CENTRO - SÃO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APlica (AUTOR / AGENTE)
Luis Alves da Silva (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **Luis Alves da Silva**

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

Luis Alves da Silva (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA APOLINÁRIA DA SILVA** Pat: **CÍCERO ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **28/12/1955**
Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0242384/SDS/PE (RG), 21241546427 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- 87999444452

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE, 1, ASSENTAMENTO BOA VISTA - DISTRITO DO BOM NOME - CEP: 56666-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APlica (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **Luis Alves da Silva**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PGE4855 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Chassi: SC2KC2500JR101893

Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018 Combustível: GASOLINA

Descrição: NA DATA DO SINISTRO O VEÍCULO ENCONTRAVA-SE EM NOME DE
PÂMELA SABRINA ALVES DA SILVA RENAVAM: 1138388428

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL A PESSOA DE LUIS ALVES DA SILVA, COMUNICANDO QUE POR VOLTA DAS 11H DO DIA 28/12/2018, O MESMO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, PELA BR-232 NO SENTIDO DO ASSENTAMENTO BOA VISTA(SUA RESIDÊNCIA) COM DESTINO AO DISTRITO DO BOM NOME. QUE A VÍTIMA SE DISTRAIU E AO OLHAR PARA TRÁS, PERDEU O CONTROLE E SAIU DA RODOVIA, VINDO A CAIR NO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LEÔNIDAS PEREIRA DE MENESES, ONDE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MESTRE VITALINO, EM CARUARU. QUE A VÍTIMA FRATUROU A Perna ESQUERDA E DEVIDO A CIRURGIA A QUAL FOI SUBMETIDO, O MESMO APRESENTOU TRANBOSE PROFUNDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CONFORMA LAUDO MÉDICO. NADA MAIS A ACRESCENTAR. ENCERRO PRESENTE BOE.

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

LUIS ALVES DA SILVA + Luis Alves Silva
(VITIMA)

B.O. registrado por: VIVALDO JOSE GUIMARAES XAVIER DO CARMO -
Matrícula: 220973-0



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: 212.415.464-872 Luis Alves da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Luis Alves da Silva		CPF: 212.415.464-87		
Profissão: Agricultor	Endereço: R. Boa Vista	Número: 89	Complemento: Casa	
Bairro: Alto Boa Vista	Cidade: São José do Belmonte	Estado: PE	CEP: 56950-600	Tel.(DDD): 87-9634-4907
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0914** CONTA: **63785** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: **9**
(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.

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

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 (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **29/04/2019**
Nome: **Luis Alves da Silva**
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Luis Alves da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURADO DPVAT

(*) 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.

Nº do Registro: 00015841 Data: 28/12/2018 Hora: 12:48

Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO

Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)

Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA

Cartão SUS: 127136955640000 RG: IDENTIDADE

Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:

Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO

Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL:

Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT: mg/dl PA: 120 X 890 mmhg Peso: kg

Classificação de Risco: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Alívio de dor de cabeça
e náuseas associado a dor de estômago (c)
dor de estômago (c) (c)

Hipótese Diagnóstica:

Febre pulmonar / suspeita de febre (c)

Conduta Terapêutica:

Atroposseptal 0154-5461 B



Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

Médico

Enfermeiro

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente é ou Responsável

Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054

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: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000063785-9

Nr. da Autenticação AB7DE5B6E52288DF



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-902
 CNPJ 10.835.930/0011-08 | Inf. Esc. 024-94-000 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JULIA MARTA ALVES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 ALTO BOA VISTA 89

CPF 039 016 454-02

ALTO BOA VISTA/SAO JOSE DO BELMONT
 SAO JOSE DO BELMONTE PE
 58950-000

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
 RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL
 Monofásico

DATA CONTRATO	MÊS/ANO
7006041226	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRIMERA PAGAMENTO
31/10/2018	24/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	88,51

APRESENTAÇÃO Aº DO CUPOM NÚMERO DA LECTURA

24/10/2018 2010224811 5337417

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSUMO ATIVO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira VERMELHA	151.0000000	0,51147380	77,23
ICMS Subvenção CDE-NF 07/09/2011-24/08/18			10,67
			0,71

TOTAL DA FATURA

88,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LECTURA	DATA ATUAL	LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3194438602	LAI	24/08/2018	42000000	24/10/2018	429.00	30	1.000000		151.00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

PERÍODO: OUT/18

PERÍODO: SET/18

PERÍODO: AGO/18

PERÍODO: SET/18

PERÍODO: OUT/18

PERÍODO: NOV/18

PERÍODO: DEZ/18

PERÍODO: JAN/19

PERÍODO: FEB/19

PERÍODO: MAR/19

PERÍODO: ABR/19

PERÍODO: MAI/19

PERÍODO: JUN/19

PERÍODO: JUL/19

PERÍODO: AGO/19

PERÍODO: SET/19

PERÍODO: OUT/19

PERÍODO: NOV/19

PERÍODO: DEZ/19

PERÍODO: JAN/20

PERÍODO: FEB/20

PERÍODO: MAR/20

PERÍODO: ABR/20

PERÍODO: MAI/20

PERÍODO: JUN/20

PERÍODO: JUL/20

PERÍODO: AGO/20

PERÍODO: SET/20

PERÍODO: OUT/20

PERÍODO: NOV/20

PERÍODO: DEZ/20

PERÍODO: JAN/21

PERÍODO: FEB/21

PERÍODO: MAR/21

PERÍODO: ABR/21

PERÍODO: MAI/21

PERÍODO: JUN/21

PERÍODO: JUL/21

PERÍODO: AGO/21

PERÍODO: SET/21

PERÍODO: OUT/21

PERÍODO: NOV/21

PERÍODO: DEZ/21

PERÍODO: JAN/22

PERÍODO: FEB/22

PERÍODO: MAR/22

PERÍODO: ABR/22

PERÍODO: MAI/22

PERÍODO: JUN/22

PERÍODO: JUL/22

PERÍODO: AGO/22

PERÍODO: SET/22

PERÍODO: OUT/22

PERÍODO: NOV/22

PERÍODO: DEZ/22

PERÍODO: JAN/23

PERÍODO: FEB/23

PERÍODO: MAR/23

PERÍODO: ABR/23

PERÍODO: MAI/23

PERÍODO: JUN/23

PERÍODO: JUL/23

PERÍODO: AGO/23

PERÍODO: SET/23

PERÍODO: OUT/23

PERÍODO: NOV/23

PERÍODO: DEZ/23

PERÍODO: JAN/24

PERÍODO: FEB/24

PERÍODO: MAR/24

PERÍODO: ABR/24

PERÍODO: MAI/24

PERÍODO: JUN/24

PERÍODO: JUL/24

PERÍODO: AGO/24

PERÍODO: SET/24

PERÍODO: OUT/24

PERÍODO: NOV/24

PERÍODO: DEZ/24

PERÍODO: JAN/25

PERÍODO: FEB/25

PERÍODO: MAR/25

PERÍODO: ABR/25

PERÍODO: MAI/25

PERÍODO: JUN/25

PERÍODO: JUL/25

PERÍODO: AGO/25

PERÍODO: SET/25

PERÍODO: OUT/25

PERÍODO: NOV/25

PERÍODO: DEZ/25

PERÍODO: JAN/26

PERÍODO: FEB/26

PERÍODO: MAR/26

PERÍODO: ABR/26

PERÍODO: MAI/26

PERÍODO: JUN/26

PERÍODO: JUL/26

PERÍODO: AGO/26

PERÍODO: SET/26

PERÍODO: OUT/26

PERÍODO: NOV/26

PERÍODO: DEZ/26

PERÍODO: JAN/27

PERÍODO: FEB/27

PERÍODO: MAR/27

PERÍODO: ABR/27

PERÍODO: MAI/27

PERÍODO: JUN/27

PERÍODO: JUL/27

PERÍODO: AGO/27

PERÍODO: SET/27

PERÍODO: OUT/27

PERÍODO: NOV/27

PERÍODO: DEZ/27

PERÍODO: JAN/28

PERÍODO: FEB/28

PERÍODO: MAR/28

PERÍODO: ABR/28

PERÍODO: MAI/28

PERÍODO: JUN/28

PERÍODO: JUL/28

PERÍODO: AGO/28

PERÍODO: SET/28

PERÍODO: OUT/28

PERÍODO: NOV/28

PERÍODO: DEZ/28

PERÍODO: JAN/29

PERÍODO: FEB/29

PERÍODO: MAR/29

PERÍODO: ABR/29

PERÍODO: MAI/29

PERÍODO: JUN/29

PERÍODO: JUL/29

PERÍODO: AGO/29

PERÍODO: SET/29

PERÍODO: OUT/29

PERÍODO: NOV/29

PERÍODO: DEZ/29

PERÍODO: JAN/30

PERÍODO: FEB/30

PERÍODO: MAR/30

PERÍODO: ABR/30

PERÍODO: MAI/30

PERÍODO: JUN/30

PERÍODO: JUL/30

PERÍODO: AGO/30

PERÍODO: SET/30

PERÍODO: OUT/30

PERÍODO: NOV/30

PERÍODO: DEZ/30

PERÍODO: JAN/31

PERÍODO: FEB/31

PERÍODO: MAR/31

PERÍODO: ABR/31

PERÍODO: MAI/31

PERÍODO: JUN/31

PERÍODO: JUL/31

PERÍODO: AGO/31

PERÍODO: SET/31

PERÍODO: OUT/31

PERÍODO: NOV/31

PERÍODO: DEZ/31

PERÍODO: JAN/32

PERÍODO: FEB/32

PERÍODO: MAR/32

PERÍODO: ABR/32

PERÍODO: MAI/32

PERÍODO: JUN/32

PERÍODO: JUL/32

PERÍODO: AGO/32

PERÍODO: SET/32

PERÍODO: OUT/32

PERÍODO: NOV/32

PERÍODO: DEZ/32

PERÍODO: JAN/33

PERÍODO: FEB/33

PERÍODO: MAR/33

PERÍODO: ABR/33

PERÍODO: MAI/33

PERÍODO: JUN/33

PERÍODO: JUL/33

PERÍODO: AGO/33

PERÍODO: SET/33

PERÍODO: OUT/33

PERÍODO: NOV/33

PERÍODO: DEZ/33

PERÍODO: JAN/34

PERÍODO: FEB/34

PERÍODO: MAR/34

PERÍODO: ABR/34

PERÍODO: MAI/34

PERÍODO: JUN/34

PERÍODO: JUL/34

PERÍODO: AGO/34

PERÍODO: SET/34

PERÍODO: OUT/34

PERÍODO: NOV/34

PERÍODO: DEZ/34

PERÍODO: JAN/35

PERÍODO: FEB/35

PERÍODO: MAR/35

PERÍODO: ABR/35

PERÍODO: MAI/35

PERÍODO: JUN/35



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 15.935.003/0001-08 | Ins. Est. 0002843-83 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTEENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 366 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA

SERRA TALHADA, PE

56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIALCONTA CONTRATO: 2278076019 DATA DE VENCIMENTO: 03/2019
DATA DE VENCIMENTO: 02/04/2019 DATA DE VENCIMENTO PRÓXIMA LEITURA: 25/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 64,50INFO DA NOTA FISCAL
05956901 SÉRIE: UNICA EMISSÃO: 28/03/2019
APRESENTAÇÃO: 28/03/2019 N.º DO CLIENTE: 2000136269 N.º DA INSTALAÇÃO: 367281

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
60,000000	0,75240374	45,20
		2,56
		0,76
		0,96

TOTAL DA FATURA: 64,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

N.º DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	N.º DE DÍAS	CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30182691	CAT	23/03/2019	18.473,00	28/03/2019	18.553,02	12	1.00000		60,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	VALOR (kWh)
MAR18	46
FEV18	117
JAN18	124
DEZ18	54
NOV18	252
OUT18	343
SET18	262
AGO18	282
JUL18	266
JUN18	260
MAR18	278
ABR18	264
MAR18	372

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Consumo: 18.553,02 kWh

ICMS: 60,20 R\$

PIS: 0,20 R\$

COFINS: 0,20 R\$

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Gerador de Energia	R\$ 18,55	31,31%
Transporte	R\$ 2,24	4,58%
Distribuição (Celpe)	R\$ 12,31	21,42%
Perda de Energia	R\$ 1,07	1,97%
Impostos Federais	R\$ 3,33	6,33%
Impostos	R\$ 18,46	32,88%
Total	R\$ 60,20	100%

TARIFAS APLICADAS

0,52150200

RESERVA DO RISCO

BSFB 9923 4168 8482 CAD0 2815 7A26 79BC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno valor é metade do valor médio econômico. Para maior detalhamento, consultar a Tabela de Tarifas de Preços de Distribuição de Energia Elétrica, no site da Celpe, em www.celpe.com.br, ou no site da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, em www.aneel.gov.br. Cobre-se ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 31.459/13. O cliente é responsável pelo pagamento da taxa de distribuição, no nível de fornecimento. Pode, em caso de perda de fornecimento, ser cobrada a taxa de fornecimento, no nível de fornecimento. O cliente é responsável quando não desempenhar o seu dever definido para os fins de atendimento comercial. O consumo é calculado com base na média das leituras de referência.

As condições gerais de fornecimento (P.R.E. - Regulamento da Energia) e o Regulamento da Tarifa de Preços de Distribuição de Energia Elétrica, que regulam a relação entre fornecedor e consumidor, podem ser encontradas no site da Celpe, para consulta, em www.celpe.com.br.

PERÍODO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BIC	6,06	5,43	16,88	21,72
RIC	1,00	2,20	5,50	13,20
DMC	0,06	3,11	0,00	0,00

Unidade: kWh - TUSD - Valor médio de geração Unida Sistema de Distribuição = R\$ 22,00

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

EXCELSIOR SEGUROS
02 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 0142
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
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JULIA MARTA ALVES DA SILVA

CPF: 029.016.454-02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AT BOA VISTA 89

ALTO BOA VISTA/SAO JOSE DO BELMONTE
56950-000 SAO JOSE DO BELMONTE 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

02/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,86

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

059436217

CONTA CONTRATO

007006041226

Nº DO CLIENTE
2010224811Nº DA INSTALAÇÃO
0005337417

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

28BE.8A69.8029.C4C7.87A4.5808.E746.E620

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	97,00	0,54135527	52,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 051898279-21/02/19			0,57
Multa por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,48
Juros por atraso-NF 048038646 - 24/01/19			1,23
Atualização IGPM-NF 048038646 - 24/01/19			1,07
TOTAL DA FATURA			56,86

EXCELSIOR SEGUROS
13 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor
01/04/19	24/04/19	69,43	01/03/18	23/03/18	45,60
28/02/19	25/03/19	74,42	04/10/15	26/10/15	38,09

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,36509000				
ABR	19	97			
MAR	19	125			
FEV	19	137			
JAN	19	147			
DEZ	18	117			
NOV	18	164			
OUT	18	151			
SET	18	173			
AGO	18	149			
JUL	18	144			
JUN	18	153			
MAI	18	74			
ABR	18	78			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	15,84	30,17
Transmissão	2,35	4,48
Distribuição (Celpe)	10,97	20,89
Encargos Sistêmicos	2,82	5,37
Tributos	17,08	32,52
Perdas de Energia	3,45	6,57
TOTAL	52,51	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	1,35	11,94	23,89	47,79	
FIC-No de vezes sem Energia	1,00	7,74	15,49	30,98	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	1,35	6,59	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,69					
<i>Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</i>					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003154438970	CAT	25/03/2019	1.629,00	24/04/2019	1.726,00	30	1.000000 0,00 97,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/05/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! posto de medicamentos vieira I: rua capitão rufino barbosa leal 13 bom nome / posto ferraz: r capitão rufino barbosa leal 13 bom nomeLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 22,50.
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.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006041226	04/2019	56,86	02/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este documento é severamente protegido e...

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	202
231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

 Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ronana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luis Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464/87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luis Alves da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.415.464/87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Francisco Olavo</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>IPSEP</u>	Cidade:	<u>Jericoá</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:					<u>56912-130</u>
					<u>37-9634-4907</u>

Local e Data: Jericoá 26/04/2019

Ronana de M. S. Cavalcante

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

02 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Pâmala Sabrina Alves da Silva,

RG nº 10.137.393, data de expedição 06/04/2017

Órgão SDS- PE, portador do CPF nº 086.736.964-40,

com domicílio na cidade de Terra Talhada, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua 9, nº 100 A,

complemento Apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Leiv Alves da Silva, cujo o condutor era Leiv Alves da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/Cg 160 start Ano: 2014/2018

Placa: PCE 48 53 Chassi: 9C2KC2500J R101893

Data do Acidente: 23/12/2018

Local e Data:

Terra Talhada 29/03/2019



Pâmala Sabrina Alves da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 2º DISTRITO DE SERRA TALHADA
Titular: REVERALDO ANÍBAL DA SILVA Of. do Prosteste
Telefone: (87) 38351-924

Reconheço a Firma por Autenticação da PÂMALA SABRINA ALVES DA SILVA. Sou Fá. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reconheço Autêncio da Silva - Titular. () Maria Lúcia da Costa - Substituto. Emol. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,00. ISS - R\$ 0,00.

Selo: 0074872.FVR04201901.01243 09/04/2019 06:15:08
Consulte autenticidade em www.tper.jus.br/autenticar

EXCELSIOR SEGUROS

02 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Nº do Registro: 00015841 Data: 28/12/2018 Hora: 12:48
Nome: LUIZ ALVES SILVA Sexo: MASCULINO
Idade: 63 Anos Data Nascimento: 20/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)
Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA Pai: CICERO ALVS DA SILVA
Cartão SUS: 127136955640000 RG: IDENTIDADE
Logradouro: BOM MONE Nº Bairro:
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO
Tipo do Atendimento: 12 Alergias: NÃO SIM QUAL: _____
Tax.: °C FR: irpm FC: bpm HGT: mg/dl PA: **190** X **890** mmhg Peso: kg
Classificação de Risco: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

*Alívio vertigo de acidente
de veio provavelmente de a queda
de gelo (e) (vermelho)*

Hipótese Diagnóstica:

Febre gelo (e) laringite de gelo (e)

Conduta Terapêutica:

Atroposseos óxido-íon (B)



Observação Internação Transferência Recusa Medicação Evadiu-se Alta Óbito

28/12/2018
Médico

Nome
Enfermeiro
SI 1952

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/ou Responsável

Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054

Luiz Alves da Silva



Prontuário: 65387	Data do Pedido: 06 de Fevereiro de 2019
Nome: LUIS ALVES DA SILVA	
Pedido: 114283	Data do Exame: 08 de Fevereiro de 2019
Médico Solicitante: DILANE CRISTINA FERREIRA TAVARES	
Setor: CLINICA MEDICA	
Idade: 63a 1m 22d	Exame: US DOPPLER DE UM MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

PESQUISA DE TVP

Indicação:

Estudo realizado em caráter de urgência para pesquisa/avaliação de trombose venosa profunda em membro inferior, segundo requisição médica.

Análise:

Percebo trombo levemente ecogênico que preenche parcialmente as veias femoral comum e poplítea, inferindo trombose venosa profunda. O trombo não preenche totalmente o vasos supracitados (occlusão cerca de 80% do calibre do vaso), havendo fluxo parcialmente periférico nesses segmentos ao estudo Doppler.

Dr. Filipe Aragão Félix
CRM PE 16785

FILIPE ARAGÃO FÉLIX
CRM: 16785

HMV - Hospital Mestre Vitalino
Av. Amazonas, 175 - Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104
CEP: 55.016-430

Paciente:	Luís Alves da Silva	Dt. Nasc.:	20/12/1955	Dados do Atendimento	
Sexo:	MASCULINO	Cartão SUS:	700804970138580	Contatos:	Idade: 63 Anos 1 Mês 10
Mãe:	MARIA APOLINARIO DA SILVA				
Endereço:	SITIO FAZENDA BOA VISTA, Bairro: ZONA RURAL Cap: 56909485 Cidade: SERRA				
ESTA CONTA DEVERÁ SER PAGA POR RECURSOS PÚBLICOS					

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

INFECÇÃO COMUNITÁRIA: É A INFECÇÃO CONSTATADA OU EM INCUBAÇÃO NO ATO DE ADMISSÃO DO PACIENTE, DESDE QUE NÃO RELACIONADA COM INTERNAÇÃO ANTERIOR NO MESMO HOSPITAL.

INFECÇÃO HOSPITALAR: É QUALQUER INFECÇÃO ADQUIRIDA APÓS A INTERNAÇÃO DO PACIENTE (72 HORAS) E QUE SE MANIFESTA DURANTE A INTERNAÇÃO OU MESMO APÓS A ALTA, QUANDO PUDER SER RELACIONADA COM A INTERNAÇÃO OU PROCEDIMENTOS HOSPITALARES.

DIAGNÓSTICO(S) DE BASE (POR EXTERNO):

- 1- ITR
2-
3-

SE A INFECÇÃO É COMUNITÁRIA MARQUE AQUI: QUAL O PROVÁVEL SÍTIO? PULMONAR

SE A INFECÇÃO É HOSPITALAR MARQUE AQUI:

MARQUE ABASO O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO INFECIOSO PROVÁVEL DA INFECÇÃO HOSPITALAR:

INFECÇÃO PRIMÁRIA CORRENTE SANGUÍNEA:	<input type="checkbox"/> ICS NÃO ASSOCIADA À CATETER CENTRAL <input type="checkbox"/> ICS ASSOCIADA À CATETER CENTRAL	<input type="checkbox"/> E PNEUMONIA NOSOCOMIAL: <input type="checkbox"/> NÃO ASSOCIADA À VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> ASSOCIADA À VENTILAÇÃO (PAV)	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO: <input type="checkbox"/> NÃO ASSOCIADA À SVD <input type="checkbox"/> ASSOCIADA À SVD (ITU-AC)
INFECÇÃO SECUNDÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA - SEPSÉ O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> PELE E TECIDOS MOLES	<input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> OUTROS: -	

OBSERVAÇÕES:

PACIENTE EM D7 DE CEFTAZIDIMA + AMICACINA COM PIORA DO LEUCO + PCR + PIORA CLÍNICA

ANTIBIOTICOTERAPIA: PROFILÁTICA TERAPEUTICA

COM O OBJETIVO DE:

- INÍCIO DE TRATAMENTO ADIÇÃO DE DROGA TROCA DE TRATAMENTO AUMENTO DA DOSE
 DIMINUIÇÃO DA DOSE MUDANÇA DA VIA DE ADMINISTRAÇÃO AUMENTO DO TEMPO DE USO
 OUTRO:

ANTIMICROBIANO SOLICITADO	POSILOGIA	DATA DE INÍCIO	PREVISÃO DE DIAS DE TRATAMENTO
CEPEPIMA	1G 8/8H	30/01/2019	00 D
METRONIDAZOL	500 MG 8/8H	30/01/2019	00 D

TEM CULTURA DE OUTRA INSTITUIÇÃO? RESULTADO:

SOLICITOU CULTURAS? QUAI5? HEMOC / UROC

Atenção

- A PRESCRIÇÃO DE UM ANTIÓTICO É UM ATO MÉDICO QUE IMPLICA EM UMA JUSTIFICATIVA PERTINENTE. COLABORE PREENCHENDO OS DADOS DE MANEIRA RESPONSÁVEL.
- O Serviço de Farmácia somente poderá liberar o medicamento mediante apresentação da ficha de solicitação de antimicrobiano devidamente preenchida.

CARUARU, 30/01/2019

ANTONIO ROMAO BEAO DE DEUS - CRM: Nº.18690

Dr. Antonio Romao Beao de Deus
Endocrinologia e Clínica Médica
CRM 18690

HMV - Hospital Mestre Vitalino
Av. Amazonas, nº 175 Bairro: Luiz Gonzaga - Rodovia BR 104
CEP: 550.164 - 30

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA		02/01/2019 11:07	
MÉDICO SOLICITANTE		ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	
ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA		CRM - 015926	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
LUIZ ALVES DA SILVA		524289	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):		DATA DE NASCIMENTO:	
		20/12/1955	
SEXO:		Masculino	
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		TELEFONE DE CONTATO:	
MARIA APOLINARIA DA SILVA			
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):			
ASSENTAMENTO BOA VISTA, ZONA RURAL			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	
SERRA TALHADA		2613909	
UF:		PE	
CEP:			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:			
PACT. FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVES DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):			
RAIO X			
DIAGNÓSTICO INICIAL:			
FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDA			
CID 10 PRINCIPAL:		CID 10 SECUNDÁRIO:	
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:			

SINAIS VITais

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
CLÍNICA:		CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	
URGÊNCIA		DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	
		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:	

EXECUTANTE			
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		DATA DE AUTORIZAÇÃO:	
TIPO DE LEITO:		ESPECIALIDADE:	
MÉDICO AUTORIZADOR:			

AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
		CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	

ESCLARECIMENTOS			
-----------------	--	--	--

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
02/01/19 11:07 ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
02/01/19 11:07	Em digitação	0h:0m:8s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
02/01/19 11:07	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/01/2019

Atendimeto: 0007793

Quarto/leito: 202 / 1

Paciente: 00063797 - LUIZ ALVES DA SILVA

Data Nasc: 20/12/1955

Idade: 63 Anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade: SERRA TALHADA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Nome Pai: CICERO ALVES DA SILVA

Nome Mãe: MARIA APOLINARIA DA SILVA

Endereço: ASSENTAMENTO BOA VISTA, 0

- ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE

Telefones: () . / () . / (87) 9964.49452

Elementos da Ocorrência:

Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()
Suicidio () Casual () Outros ()

Nome Acompanhanete:

Telefone de Contato: () .

Endereço Acompanhante:

Local da Ocorrencia:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Rosica Sutileza crav M15, deformi-
dade cicatrizica fechada, colo-
do e desprotegida fracos cel-
M15

Diagnóstico Inicial:

Test. Plano TIBIAL ()

SADT:

Diagnóstico Final:

Test. Plano ()

Condição de Alta

Motivo de Alta

Melhorada ()

Descrição Médica ()

Inalterado ()

Alta a Pedido ()

Piorando ()

Transferência ()

Obito + 48h ()

Evasão ()

Obito - 48h ()

Indisciplina ()

Data do Internamento: 10, 1, 13

Data da Alta: 15, 1, 13

Local:

Obito em ____ / ____ / ____

Hora: _____

Médico Responsável

Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/01/2019	Atendimeto: 0007793	Quarto/leito: 202 / 1
Paciente: 00063797 - LUIZ ALVES DA SILVA		
Cirugia Realizado: <i>abcesso de se</i> <i>Plano Tíbia Pz</i>	N. do Procedimento: <i>0408050551</i>	
Data: 14.08.19	Inicio:	Término
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Adelio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Cloris</i>		
Descrição Cirúrgica: <i>Sai冲洗器 aspirar 1100 ml de secreção de ferida lateral joelho e com eletrocautério planar deslocar foco febril. Reduzir o edema e o abscesso liberando a ferida 4.5 cm x 10 cm ext. superfície de raspado, esponjosa 02 fios de sutura 4.5. 03 fios Kirschner. Radioscópico - suture por planar e crepitante.</i>		

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPE: 056.552-002-25

Assinatura do Cirurgião



ATENÇÃO !

Unidade conveniada ao SUS, toda cobrança é proibida.
Denúncias: (87) 3929.3571

NOME: LUIS ALVES DA SILVA
DATA: 27/03/2019

RECEITUÁRIO

PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ BELMONTE

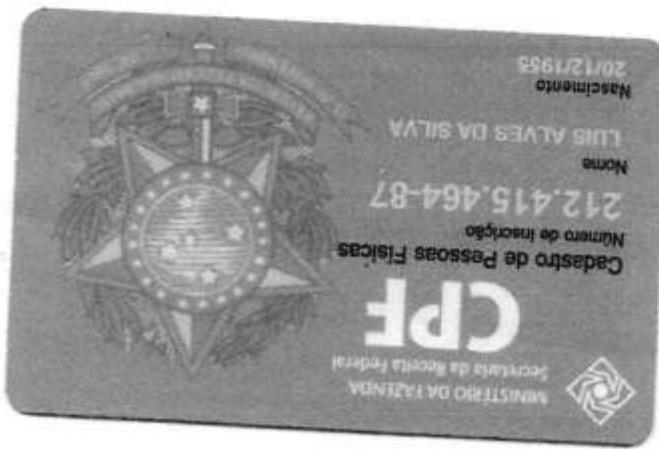
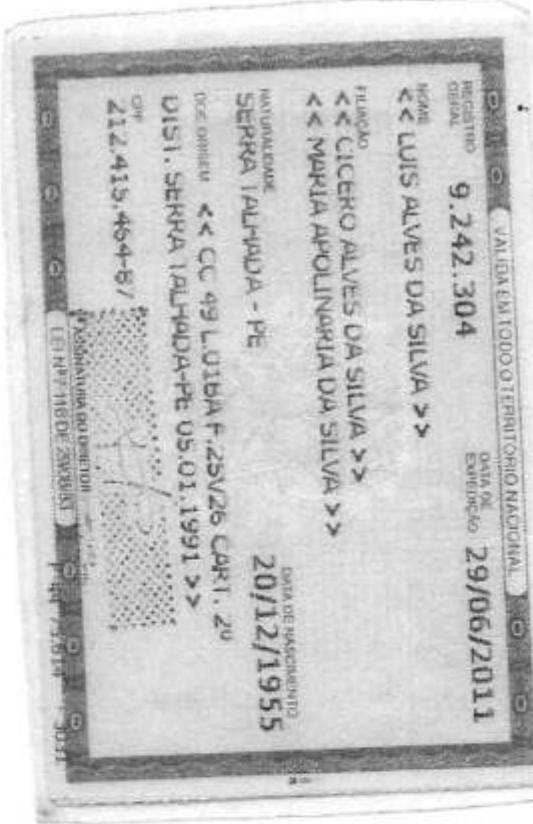
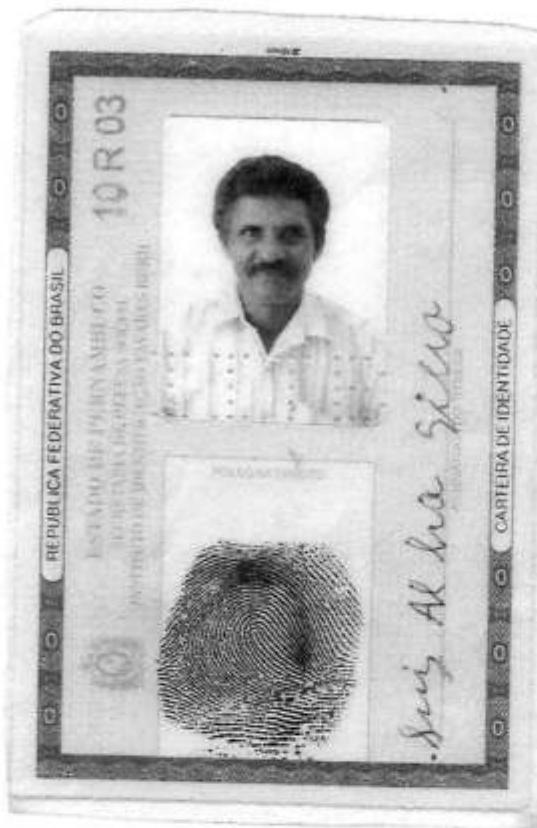
PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME PÓS FLEBÍTICA, SECUNDÁRIA, A
UMA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA QUE OCORREU APÓS UM
ACIDENTE DE MOTO.
TEVE NA OCASIÃO TAMBÉM UMA EMBOLIA PULMONAR.
NECESSITA MANTER-SE SOB O ANTICOAGULANTE XARELTO 20 POR
MAIS 5 MESES PELO MENOS.
ESSE LAUDO É PARA VER SE ELE CONSEGUR O TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO PELO SUS

Dr. ROSA ELIZABETH MENEZES MAGALHÃES CRM:

Rosa Elizabeth
Endocrinologista e Cir. Vasculista
CREMEEPE 5912

777 7820





A rectangular stamp with a double-line border. The top line contains the text 'EXCELSIOR SEGUROS' in a bold, sans-serif font. The bottom line contains the date '02 MAIO 2019' in a slightly smaller font. Below the date, the text 'SEGURO DPVAT' is written in a bold, sans-serif font, oriented diagonally from top-left to bottom-right.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

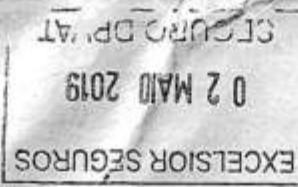
Documentos complementares:

Observações: 9

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



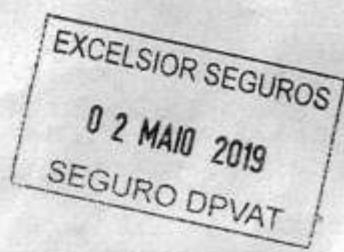
DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES

661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.903.480





PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 25 de 04 de 2019

X *Diego Alvarado*



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190302351 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Procuraçāo

Pelo presente instrumento particular de procuraçāo, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Luis Alves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 9.242.304, expedido por SDS-PE, em 29/06/2011, inscrito no CPF sob o nº 212.415.464-87, residente na

Alt Boa Vista, nº 89, complemento Casa, Bairro Alto Boa Vista, cidade São José do Belmonte, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em 29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

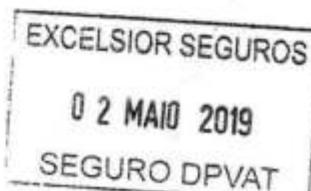
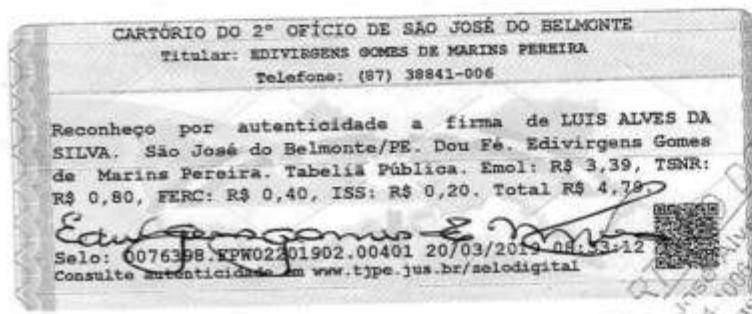
Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

complemento Serra Talhada, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Luis Alves da Silva 07 de 02 de 2019

Outorgante X Luis Alves da Silva



Imvalido 28/12/20

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147072/19

Número do Sinistro: 3190302351

Vítima: LUIS ALVES DA SILVA

Data do acidente: 28/12/2018

CPF: 212.415.464-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS ALVES DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUIS ALVES DA SILVA : 212.415.464-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/05/2019

Data do cadastramento: 13/05/2019

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 051.394.744-25

CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA