



Número: **0000485-75.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO (AUTOR)		EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74455481	02/02/2021 10:03	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Ass Cidades de: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Nº Sinistro: 3180494172
Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Data do Acidente: 09/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180494172.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Caro Sr. 3180494172



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Ass Caldeões de: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Nº Sinistro: 3186494172
Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Data do Acontecimento: 08/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: COEFICÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3186494172, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médica-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir do envio da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 30 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Ass Cidades de: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Sinistro: 3180494172

Vítima: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Data do Acidente: 04/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180494172 foi interrompido, em razão da necessidade de atualização de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguredonalider.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

Assinado eletronicamente





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR 1058P/445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.segurancaulider.com.br> ou ligue para o SAC 0800 0807 021/04 ou 0800 0071 306. Indicação para pessoas com deficiência: acessibilidade de voz.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para constar em favor do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, de livre acesso e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor ou o incapaz com curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Assim, o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Beneficiário que o beneficiário seja assessorado pelo seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O beneficiário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade no campo 1 - "Assinatura do Beneficiário" e seu Representante Legal (campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Nome completo do RCT: ELUCIDES GOMES DA ROCHA DISMETO CPF de Voto: 10425658400 Nome completo do RCT: ELUCIDES GOMES DA ROCHA DISMETO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Procedência	
<u>ELUCIDES GOMES DA ROCHA DISMETO</u>	<u>10425658400</u>	<u>AGRICULTOR</u>	
Endereço	Bairro	Complemento	
<u>RUA JOSE ALEXANDRE</u>	<u>001</u>	<u>CASA</u>	
Cidade	Estado	CEP	
<u>CENTRO</u>	<u>MAÇADOS</u>	<u>55140-000</u>	
Cidade	Estado	Telefone (DDD)	
<u>MAÇADOS</u>	<u>PE</u>	<u>811 990075955</u>	

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
Atividade Informar	☐ TEM RENDA	☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 5.000,00
☐ R\$ 0,00 A R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00	☐ R\$ 10.001,00 A R\$ 15.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 15.000,00
☐ CONTA POUPEANÇA (Exclusivo para quem não possui conta corrente) Assinale uma opção: ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (041) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
☐ CONTA CORRENTE (Exclusivo para quem possui conta corrente) Assinale uma opção: Banco: <u>BRB</u> Agência: <u>001</u> Conta: <u>001</u> Agência: <u>001</u> Conta: <u>001</u> Banco: <u>BRB</u> Agência: <u>001</u> Conta: <u>001</u>			
AGÊNCIA	CONTA		
<u>0055</u>	<u>16989</u>		

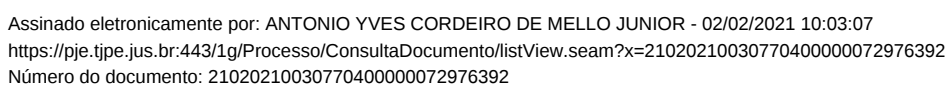
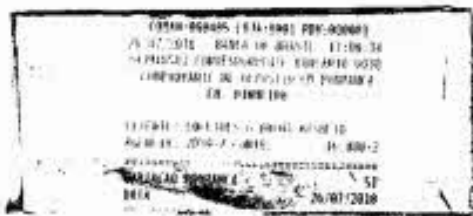
Declara que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária pelo o sinistro, autoriza a Seguradora LIDER a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço o devido abatimento do valor indenizado.

10/02/2021, PE 31 - agosto - 2018
Local e Data

Elucides Gomes da Rocha Dismeto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









Num. 74455481 - Pág. 8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/12/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010016888-6

Nr. de Autenticação 97FC495AA6CCAB0





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu EUCLIDES GOMES DA MOCILHA BISNETORG nº 8.754.302, data de expedição 04/05/09 Órgão SPS-RE

CNPJ nº 20.425.657-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSÉ ALEXANDRE</u>
Número	<u>001</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55240-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 998075455-987063834</u>
E-mail	<u>elbismocilhabisneto@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-mo.

Local e Data: Caruaru-PE, 31 de agosto 2018Assinatura do Declarante: Euclides Gomes da Mochilha Bisneto





PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

Documentação médica - Hospital



FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 03/03/2018 HORA: 02:05 REGISTRO: 00155

NOME: Eulécio Genaro da Rocha Binsolo

SEXO: M IDADE: 22 ESTADO CIVIL: Solteiro DATA NASC.: 20/05/1996

ENDEREÇO: Rua José Alexandre

RESPONSÁVEL PELA PACIENTE: o paciente

QUEIXAS: Paciente vítima de acidente
mecânico, apresentando
fratura de fêmur e movimento de
MID

COND.: Menor 10 + ASD 575 sul cv
- AP Oito 575 (circunferência)
Oito 575

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL EDSON ÁLVARES
RUA JOSÉ ALEXANDRE, 240
MACHADOS - TOCANTINS
CEP: 76600-000
FONE: (62) 3649.1162
E-MAIL: hospital@machados.to.gov.br

() INTERNAÇÃO () TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

16111.0000



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 10:03:07
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210030770400000072976392>
 Número do documento: 21020210030770400000072976392

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO, foi vítima de acidente de trânsito no dia 03/07/2018 sofrendo FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Getúlio Vargas (redação cirúrgica e fixação com haste femoral bloqueada retrógrada). Atualmente apresenta ao exame físico limitação da flexão do joelho direito, com atrofia muscular da coxa direita e déficit da força muscular do membro inferior direito. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 21/08/2018


Dr. Roberto de Castro Costa
CRM: 11.730
ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

NOME: EUCLIDES COMES DA ROCHA BENNETO

1. Ocorrência da Emergência: 600783

1.1 - Atendimento em: 03/07/18

1.2 - Às 11 horas e 53 minutos.

1.3 - Interando: SIM

1.4 - Retiram-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1090143

2.1 - Internado em: 03/07/18

2.2 - Alta em: 05/07/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DIAPHÍSARIA DO FÊMUR DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM EMERGÊNCIA - LIMPEZA CIRÚRGICA + OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

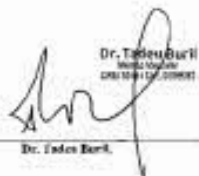
DATA: 18/10/2018

HORA: 10:11:14

PASTA: 01.10.2018

TB

RS


Dr. Tadeu Burti
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Tadeu Burti



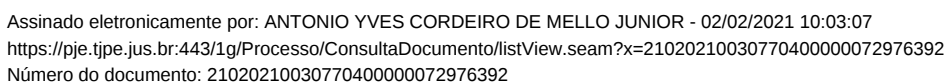


※CG※

Paciente vítima de acidente moto-moto, sem perda de consciência.
 Ao exam. consciente, orientado, verga queixas torçoes e edema na mão.
 Ao exam. de tórax e abdome: nada digno de nota.
 CD: 2 Afto do CG, "a ortopedia

Methods

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D.C. 20535



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora registrada da senha: 03/07/2018 11:42

Nome Paciente: EUCLEDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/05/1956
Sexo: Masculino
Idade: 62
Senha: 55022
Convênio:
Atendimento: LAMPA
SAME:

Período: 03/07/2018 11:42 - 03/07/2018 11:43

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade: **AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM DOR AUMENTAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MIO

Observação: SENHA 5460948

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

/ primário(s): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinalis Vitalis Lidos: - REGIA DE DOR: 5

Acolhido(s) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:

Data Imp: 03/07/2018 11:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL
Gebúlio Vargas

FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____ SETOR: _____ DATA DE ADMISSÃO: _____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
☐	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
☐	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
☐	DEPRESSÃO E/OU ANIEDADE
☒	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
☐	DEFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA
☐	HISTÓRIA PREVIA DE QUEDA
☐	ALTERAÇÃO METABÓLICA (SOLHOLOGEMIA)
☐	ORIENTAÇÃO MÓRBIDA OU BAIXO NÍVEL DE MASSA CORTICAL
☐	SIGNAÇÃO/INESTABILIDADE
☐	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
☐	URGÊNCIA UROLOGIA/INTESTINAL
☐	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
☒	PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROKA NO MÃO.

☐ APLICADO PULSEIRA ROKA ☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE

☐ SIM ☐ NÃO

ASSINATURA ORIENTADOR: _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua identificação e mobilização;
2. Manter o cama na posição baixa, com rodinhas travadas e freio do protótipo travado;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar sem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de objetos e obstáculos;
6. Auxiliar na desmobilização dos pacientes que apresentarem risco de queda de marcha no déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Consentirizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e continuar a enfermagem quando houver necessidade de assistência;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e paredes de paredes;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar a criança sozinho no berçário ou durante o banho;
14. Informar a elegão a parentes que estão em uso de sedativo e hipnótico: tranquilizantes, dormitivos, anestésicos, antipsicóticos, antidepressivos.

ENFERMEIRA/COOPERADOR - ATENDIMENTO: _____





PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

Secretaria Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente:

WILLIAM CARLOS DA SILVA
22 anos vítima de
acidente motociclístico em zona
rural da s. Limiteada da
município em MIO (Prestado
de casa própria) apresenta lesão
contusa em dorso direito
com 15 pontos x pontos

Acidente ocorrido no
ontem dia 1
Ocorrência em 3460946

02/02/21

Data

Dr. Márcio Júnior
Clínico Geral
CRM-PE 33479
Profissional







HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde
RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Registro: 1090143

Data da operação: 03/07/18

Operador: DR. HYGÉNO MARINHO 1º auxiliar: DR. KENNET MARI

2º auxiliar: DR. ANDREY MARI Anestesiista: PLANTONISTA

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

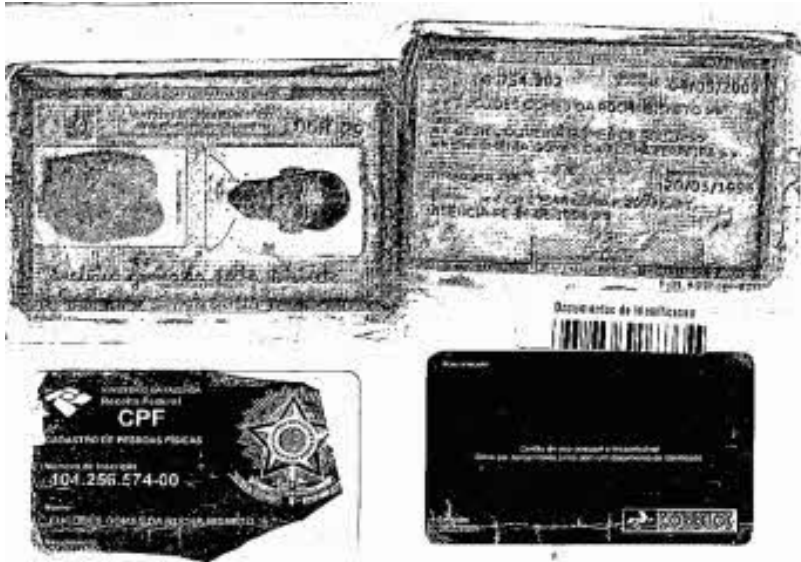
Tipo de operação: LMC + DESBRIDAMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR - OSTEOSÍNTESE COM BASTE
INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Anestesia e antiespasm;
- 3) Apoição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado ferimento na face medial do joelho direito já suturado, realizado exploração de ferimento, desbridamento de tecidos desvitalizados e limpeza abundante com SF 0,9%;
- 5) Realizada abordagem por via anterior do joelho direito, com incisão transtendão patelar;
- 6) Realizada retirada de gordura da bursa e tecido fibroso articular;
- 7) Realizado com auxílio de fluoroscopia, a marcação e posto da entrada em fresa para a file guia;
- 8) Realizado incisão em face lateral de ossa esquerda e redução externa da fratura de fêmur;
- 9) Realizado passagem de file guia;
- 10) Realizado fresagem do canal medular até fresa Nº 11;
- 11) Colocação de haste intramedular retrograda em fresa direita Nº18x42;
- 12) Retirada de file guia;
- 13) Realizado bloqueio distal com 02 parafusos + 01 parafuso tampão e bloqueio proximal com 01 parafuso;
- 14) Realizado limpeza escura de lacções com SF 0,9%;
- 15) Sutura de tendão patelar com Vicryl;
- 16) Sutura de lacções por planos com Vicryl e Nylon;
- 17) Curativo estéril;
- 18) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento, com pulso distal palpável e simétrico e boa do movimento de joelho completo ao final do procedimento.

Dr. Kennet Lora
CMT-16: 01.220
CRM-PE: 18.188





Número: 338099172	Cidade: Natchez	Natureza: Inicial Permanente
Válida: RUC1068 00465 DA 80048 BENEFIC	Data do acidente: 09/07/2018	Seguradora: COMPENH SEGURADORA SA

Diagnóstico:	Fratura exposta 1/3 médio fêmur direito.
Descrição de exame médico inicial:	Vitima queixa de dor em quadril e joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+/+ +/+ +/+), hipoalnia do quadril com rotatória, edema (+/+ +/+ +/+), redução moderada de flexo-extensão do joelho direito.
Respostas terapêuticas:	Queda submetida à colagem com gesso fixado. Realizou fisioterapia de qual teve alta há 2 meses.
Sequelas permanentes:	Deficit funcional moderado (50%) em joelho direito.
Sequelas:	Com sequelas.
Data de período:	18/12/2018
Cidade avaliada:	
Observações:	O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantendo a condição do indivíduo semi-adepto.
Médico examinador:	ANDREA RODRIGUES MAZURKA
CRM de médico:	19551
UF do CRM de médico:	PE

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

TOLSON ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALEXSANDRA DE SOUZA ALTAFF
CRIM de revisão: 016562
UF do CRM do médico: CE
Assinatura do médico:

Alison da Cunha, 1974

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180484172

Nome do(a) Examinado(a): EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSÉ ALEXANDRE, 1 - MACHADOS/PE -
CEP 55740-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8754302 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 03/07/2018

Data e Local do Exame : 18/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta 1/3 médio fêmur direito.

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

Quadro submetido à osteossíntese com haste. Realizou fisioterapia da qual
teve alta há 2 meses.

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

Vítima queixa de dor em quadril e joelho direito. Ao exame: marcha claudicante
(+++), hipotrofia do quadríceps moderada, edema (++/+), redução
moderada de flexo-extensão do joelho direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

Dano funcional do joelho direito.

VI. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 5.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determina o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em
caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos
definitivos em cada segmento corporal acometido.

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



Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

() "Sem sequelas permanentes" (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

Joelho direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

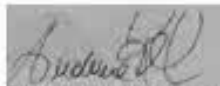
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

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

Dano funcional do joelho direito. 50%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19853 / UF : PE





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 4020-1586 (Região Metropolitana) 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 61 60. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 96. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200053470 Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

Data do Acidente: 10/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISSON DA SILVA AMORIM

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas lóricas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidiz Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidiz Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALISSON DA SILVA AMORIM

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 001

Agência: 000002369-8

Conta: 0000021327-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidiz 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 Invalidiz 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.

Pag. DPVAT/DPVAT - cat. 38 - INVALIDEZ





DOCUMENTOS BÁSICOS - DASH

Several studies have indicated that the use of a computerized decision support system (DSS) can improve the quality of decisions made by health care professionals. However, the use of a DSS is often limited by the lack of a clear understanding of the system's capabilities and the need for a clear understanding of the system's limitations. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a DSS in improving the quality of decisions made by health care professionals. The study was conducted in a hospital setting and involved the use of a DSS to assist in the diagnosis of patients. The results of the study indicated that the use of the DSS significantly improved the quality of decisions made by health care professionals. The study also identified several factors that influenced the effectiveness of the DSS, including the quality of the data entered into the system and the quality of the system's algorithms. The study has important implications for the use of DSS in health care settings and suggests that further research is needed to improve the effectiveness of these systems.

MONITOR COMPLAINTS - DAVIS

[illegible]

ANEXO 3. ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES ALGUNAS EJEMPLOS

APPROVED FOR THE DIRECTOR OF THE
DATE 03.10.2014
BY [Signature]
AGENCY OF THE DIRECTOR

MONITOR COMPLAINTS - DAVIS

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES —

[illegible]

31-08-2015
 03.10.2015
 Made bond on 03.10.2015
 Agents of C. J. & Co.

DESTINATÁRIO:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - SEGURADORA LIDE PRIVAT

ENDEREÇO - RUA SENADOR DANTAS Nº74, 15º ANDAR,
CENTRO.

CEP- 20031205 CIDADE- RIO DE JANEIRO UF- RJ



REMETENTE:

NOME OU RAZÃO SOCIAL - EUCLIDES GOMES DA ROCHA

ENDEREÇO - RUA JOSÉ ALEXANDRE, Nº 0001, CENTRO.

CEP - 55740-000 CIDADE - MACHADOS UF - PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

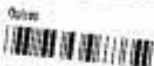
Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Ata: 03030010
Número do Sinistro: 318049472
Vítima: EULÍDES GOMES DA ROCHA BRUNETO
CPF: 134.216.574-00
Seguradora: COHREVE DECLARADORA S/A
Data do acidente: 02/02/2021
CPF da vítima: EULÍDES GOMES DA ROCHA BRUNETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentação médico-hospitalar
Outros



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 0800-8721764.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.300,00. 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 original, os dados essenciais, 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

Data de entrega: 26/11/2019
Nome: EULÍDES GOMES DA ROCHA BRUNETO
CPF: 134.216.574-00

EULÍDES GOMES DA ROCHA BRUNETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

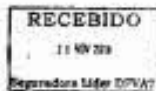
Data de cadastramento: 26/11/2019
Nome: Ellen Tais Alves Pereira
CPF: 126.361.567-07

Ellen Tais Alves Pereira



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: EULIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Nº Sinistro: 5180494372
Vítima: EULIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Data do Acidente: 03/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: EXISTÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 5180494372, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médica-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Carlauf LUTHESEN



COPIA AUTENTICADA conforme o original
apresentado DOU 24/01/2020
da RESOLUÇÃO 2014-46-Exercício 2014
Cartório: R\$ 17 - TST: R\$ 70
FPC: R\$ 30 - FPC: R\$ 64
FUNSEC: R\$ 27 - Total: R\$ 33
Selo(s) 0977802 - HC01282801 - 01283

file:///C:/Users/SDS/infpoli/cml/BOEPview.html

hu



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121-CB
DINTER1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0211000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/01/2020 às 10:46

Complementa o BO Número: 19E0211000728

Boletim de ocorrência



ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/11/2018 às 17:43

Natureza Jurídica: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SÍTIO MATINADAS, ZONA RURAL DE OROBÓ - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ANTES DA CAIXA D'ÁGUA EM MATINADAS

Local do Fato: VIA PÚBLICA / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ DOMINGOS GOMES (OUTRO)
ALISSON DA SILVA AMORIM (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a). ALISSON DA SILVA AMORIM

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

ALISSON DA SILVA AMORIM (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA AMORIM Pai: ANTONIO FIRMINO DA SILVA Data de Nascimento: 15/5/1999 Nacionalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10009664/SSSP/PE (RG), 70934043400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SÍTIO GUARANI, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, NA SUBIDA DA PICINA NO VALE DOS LEANDRO (BIO DE PEDRO)

JOSÉ DOMINGOS GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: JOSEFA MARIA GOMES Pai: MANOEL DOMINGOS GOMES Data de Nascimento: 19/4/1962 Nacionalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 950811/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SÍTIO CHÁ DO ROCHA, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA IGREJA DE CHÁ DO ROCHA

RECONHECIMENTO: (Assinado eletronicamente)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3380/191172 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: RUIZIDEN SOARES DA ROCHA Data do acidente: 05/12/2018 Seguradora: COMPRAV SEGURODORES S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Sim
 Diagnóstico: FRACTURA EXPOTA DEPRESSÃO DO FÊMUR DIREITO.
 Resoluções terapêuticas: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE).
 Sequelas permanentes: ALTA.
 Sequelas:
 Conduta mantida:
 Quantificação dos danos:
 Documentos complementares:
 Observações: INSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENEAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA, NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual de Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	10 %	Em grau total - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3380/191172 Cidade: Machados Natureza: Sinistral Permanente
 Vítima: RUIZIDEN SOARES DA ROCHA Data do acidente: 09/07/2018 Seguradora: COMPANHIA SEGURODORAS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Sim
 Diagnóstico: FRACTURA EXPOTA DEPRESSÃO DO FÊMUR DIREITO.
 Resoluções terapêuticas: TRATAMENTO CIRÚRGICO (NASTE).
 Sequelas permanentes: ALTA.
 Sequelas:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas:
 Documentos complementares:
 Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA, NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual de Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau total - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: LIDER- Serviços AMO
 Grupo: 803
 Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA
 CRM: 533427
 UF do CRM: RJ
 Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3380191172 Cidade: Machados Natureza: Inicial Permanente
 Vítima: RUIZIDES SOARES DA ROCHA Data do acidente: 29/07/2018 Seguradora: COMPANHIA SEGURODORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2018
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FIMTURA EXPOTA DENTÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
 Resíduos terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE).
 Sequelas permanentes:
 Sequelas: Não definido
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas:
 Documentos complementares:
 Observações:
 A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, IMPLICA EM ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUENTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
 • RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
 • EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRIVENDO PROCEDIMENTO ADOPTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
 TAIS DOCUMENTOS SÃO EXIGIDOS, PRESENTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
 NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EXISTENTES POR ENTREGA EM OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Porcentagem 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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3380/91172 Cidade: Maceió Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: RUIZILDES CORREIA DA ROCHA Data do acidente: 09/07/2018 Seguradora: COMPANHIA SEGURODORA S/A
 BSNETO

PARECER

Diagnóstico: Fratura aberta 1/3 médio flexor direito.
Descrição do exame: Vítima queixa de dor em quadril e joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/++++), rigidez do quadril: moderada, volume (+++/++++), redução moderada da flexo-extensão do joelho direito.
Resolução terapêutica: Quadro submetido à osteossíntese com haste, realizou fisioterapia da qual teve alta há 2 meses.
Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em joelho direito.
Sequelas: Com sequelas.
Data da pericia: 18/12/2018
Conduta assistida:
Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trânsito e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantendo a condição do médico examinador.
Médico examinador: ANDRÉIA RODRIGUES MAZURAN
CRM do médico: 19555
UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Porcentagem 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 %	Era grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALEXSANDER DUARTE ALTAZ
CRM do médico: 016962
UF do CRM do médico: CE
Assinatura do médico:

Alexsander Duarte Altaz





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo 3 nº 1437879952

Via para Pagamento

Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Dados do Cliente

ANTONIO FIRMINO DA SILVA
%> FZ VERTENTES 19 -
ZONA RURAL OROBO/OROBO RURAL -
55746-000 OROBO PE -

Atendimento ao Cliente

CELPE - 116
Atendimento 24 horas.
ANIEL - 167
Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Código Controlado

004003730765

Nº da Nota Fiscal

002023685

Período de Fornecimento

16/12/2019 a 16/01/2020

Data da Nota Fiscal

16/01/2020

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 24,33

Data de Vencimento

23/01/2020

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento	Agência/Cd. Controlado	Especie	Quantidade	Valor do Documento	(-) Descontos/Abatimentos
(-) Outras deduções		23/01/2020	3064-3/54427-2	R\$		R\$ 24,33	
Nota Número	32174750102289426	Nº do Documento	0001741513	Valor Cobrado		R\$ 24,33	

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Alíquota: Valor do imposto: R\$ 0,00

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	00190.00009 05217.475015 02209.42617E 1 81430000002433
Local de Pagamento	Pagável na rede bancária.	
Ordem	Companhia Energética de Pernambuco - Celpe	
Data Documento	Nº Documento	Especie Doc.
16/01/2020	0001741513	N
Unidade	Carteira	Moeda
17		R\$
Quantidade	Valor	
Instruções		
1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2013/ANEEL.		
2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2013/ANEEL.		
3-Autuaçãoção Monetária - sobre IGPU - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrada na próx. fatura.		
4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.		
5-Usar a opção "TITULO" para pagamento em canais eletrônicos ou Internet.		
(-) Descontos/Abatimentos		
(-) Outras deduções		
(-) Mensalidade pr. dia de atraso		
(-) Outras Acommodações		
(-) Valor Cobrado	R\$ 24,33	

004003730765

Sacado
ANTONIO FIRMINO DA SILVA
07682578400
Sacador/Avalista

PAGAMENTOS COM CHEQUE GUARANTE ESTÃO CONSIDERADOS
QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO



Ficha de Compensação	Autenticação Mecânica



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AR: 035389018
 Número do Sinistro: 218049412
 Vítima: EULIDES GOMES DA ROCHA BESNETO
 CPF: 04.256.574-00
 CPF do: Próprio
 Data do acidente: 02/02/2018
 Titular do CPF: EULIDES GOMES DA ROCHA BESNETO
 Seguradora: COMPANHIA SEGUROADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
 Documentação médico-hospitalar
 Outros:

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.dynataguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.566,66. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 8154 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 26/11/2018
 Nome: EULIDES GOMES DA ROCHA BESNETO
 CPF: 04.256.574-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
 Nome: Dan Tala Alves Pereira
 CPF: 138.261.967-87

EULIDES GOMES DA ROCHA BESNETO

Dan Tala Alves Pereira

