



Número: **0078059-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL VITOR DE SOUZA (AUTOR)		ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS (ADVOGADO) dinara guimaraes da silva (ADVOGADO) JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75911 834	25/02/2021 17:54	2781718_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 27ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00780596720208172001

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

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior direito com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.362,50:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3200272650 Cidade: Carpina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA Data do acidente: 22/04/2020 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA, (P-9)
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA, (P-3-4-9)
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA, P4
Sequelas: Com seqüela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.
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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0078059-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL VITOR DE SOUZA (AUTOR)		ISMAR TIBURTINO DOS SANTOS (ADVOGADO) dinara guimaraes da silva (ADVOGADO) JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75911835	25/02/2021 17:54	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272650

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15995432





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

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272650

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01021/01022 - carta_02 - INVALIDEZ

00030511



Carta nº 16021229





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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272650

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL VITOR DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004057

Conta: 000001066240-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

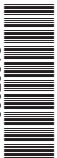
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01229/01230 - carta_15R - INVALIDEZ

00020615





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.753.344-79 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

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

5 - Nome completo: RAFAEL VITOR DE SOUZA 6 - CPF: 058.753.344-79
7 - Profissão: NAO RESSUI 8 - Endereço: RUA SAO JOSE 9 - Número: 297 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SOLIDAR 12 - Cidade: LAGOA DO CARRO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819253-2986

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4057 CONTA: 01066240 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA DO CARRO 14/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0135001876**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/07/2020** às **09:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **22/4/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RECANTO CARPINA** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO (OUTRO)
RAFAEL VITOR DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**

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

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

RAFAEL VITOR DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DIAS DE SOUZA** Pai: **REGINALDO DE SANTANA DE SOUZA** Data de Nascimento: **26/1/1987** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA SAO JOSE, 297 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

FIBRAV- BUGGY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

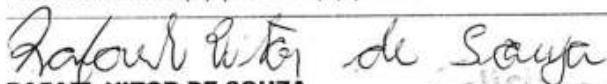
Placa: **HVN6709** (PERNAMBUCO/LAGOA DO CARRO) Renavam: **161774997** Chassi: **9B9FBVMAGK1AD5478**



Complemento / Observação

A VÍTIMA RAFAEL VITOR DE SOUZA, AFIRMA QUE NO DIA 22/04/2020, NO PERÍODO DA TARDE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, QUE NO REFERIDO DIA ESTAVA COMO PASSAGEIRO NO FIBRAV- BUGGY, PLACA HVN6709, QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO, PERDEU O CONTROLE NA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM, NO RECANTO CARPINA, ZONA RURAL, QUE O VEÍCULO VEIO A CAPOTAR E A VÍTIMA SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE LAGOA DO CARRO, EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE.

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


RAFAEL VITOR DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**



21/07/2020 09:11



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.753.344-79 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

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

5 - Nome completo: RAFAEL VITOR DE SOUZA 6 - CPF: 058.753.344-79
7 - Profissão: NAO RESSUI 8 - Endereço: RUA SAO JOSE 9 - Número: 297 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SOLIDÃO 12 - Cidade: LAGOA DO CARRO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819253-2986

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: SANTANDER
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 4057 CONTA: 01066240 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA DO CARRO 14/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



LAGOA DO CARRO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
UNIDADE BÁSICA - LAGOA DO CARRO



MÉDICO REGULADOR <i>Dr.</i>		TAM <i>#88806</i>		OPERADOR DE FROTA <i>Unib</i>	
DATA <i>22/04/2015</i>		HORA <i>15:15</i>		LOCALIDADE <i>Lagoa do Carro</i>	
NOME DO DOENTE <i>Recanto Carpina</i>		NOME DO DOENTE <i>Recanto Carpina</i>		NOME DO DOENTE <i>Dagoa Carne</i>	
NOME DO DOENTE <i>Rafael Victor de Souza</i>		NOME DO DOENTE <i>Rafael Victor de Souza</i>		NOME DO DOENTE <i>Rafael Victor de Souza</i>	
NOME DO DOENTE <i>Amorável</i>		NOME DO DOENTE <i>Amorável</i>		NOME DO DOENTE <i>Amorável</i>	
NOME DO DOENTE <i>capitamento</i>		NOME DO DOENTE <i>capitamento</i>		NOME DO DOENTE <i>capitamento</i>	
COMUNICAÇÃO <i>15:15</i>	SAÍDA DA BASE <i>15:20</i>	CHEGADA NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA NO DESTINO <i>16:30</i>	SAÍDA NO DESTINO <i>17:30</i>
ORIENTAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> CANCELADA ANTES DA REGULAÇÃO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> CANCELADA		TRANSFERÊNCIA (Cenna)			

TIPOS DE AGRAVOS		
ACIDENTE DE TRÂNSITO	TAB	QUEMADURA
ATROFIE	RAE	TERMOCA
CONDUTOR DE VEÍCULO	DIABETO-OBSTETRICO	QUÍMICA
PASSAGEIRO DO VEÍCULO	LESÕES TÉRMICAS	ELETRICA
AGRESSÃO	PREVENCION	OUTROS
CLAUSSO	ESQUATICA	
DESAPARECIMENTO/DEPARTAMENTO	QUASE APOCRIPTICO	
ELETROCUSSÃO	QUEDA	METRO

ANTECEDENTES		
ACS	DIABETES	DROGAÇÃO
ALCOOLISMO	DOENÇA CARDIACA	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ALERGIA	DOENÇA INFECTO CONTAGIOSA	INTERMUNDO ANTERIORES
AVC	DOENÇA MENTAL	MEDICAMENTO
CIRURGIAS REALIZADAS	DOENÇA RENAL	OUTROS
CONVULSÕES	PROBLEMAS RESPIRATORIOS	

EXAME CLÍNICO - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS		
ACIDIA/AGRESSIVIDADE	DIARREIA	PALEZ
ALERGIA	DIFFICULDADE RESPIRATORIA	SANGRAMENTO
AUSÊNCIA DE PULSO	DOF LOCAL	VOMITO
DIABESE	FEBRE	OUTROS
CONVULSÃO	INCONTINENTE/DESMADO	

INÍCIO DOS SINTOMAS <input checked="" type="checkbox"/> MENOS DE 1 HORA <input type="checkbox"/> 1 A 3 HORAS <input type="checkbox"/> MAIS DE 4 HORAS <input type="checkbox"/> MAIS DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> NÃO SABE							
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP AXILAR	GLICEMIA	SATURACÃO O2%	ESCALA DE GLASGOW
INÍCIO	<i>120x80</i>				<i>102</i>	<i>99%</i>	<i>15</i>
FIM							

RESPIRAÇÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL
OBSTRUÇÃO PARCIAL	PARADA RESPIRATORIA	RONCOS/SIBLOS	SUPERFICIAL
TOTAL	ASSISTIDA	ESTERTORES	REGULAR
CORPO ESTRANHO	RITMO IRREGULAR	DIMINUIÇÃO MV	IRREGULAR
BRONCO ASPIRAÇÃO		AGÊNCIA MV	
SIGNATURA DE OUTE			



EXAME	RESULTADO	COMENTÁRIOS
EXAME DE VITALIDADE		
EXAME DE SENSIBILIDADE		
EXAME DE MOVILIDADE		
EXAME DE DEFORMIDADE		
EXAME DE PULSAÇÃO		
EXAME DE TEMPERATURA		
EXAME DE COR		
EXAME DE ODORE		
EXAME DE SONSOS		
EXAME DE VIBRAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO		
EXAME DE ELASTICIDADE		
EXAME DE DUREZA		
EXAME DE FLEXIBILIDADE		
EXAME DE RESISTÊNCIA		
EXAME DE TENSÃO DE TRACÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE COMpressão		
EXAME DE TENSÃO DE TORÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO, FLEXÃO E EXTENSÃO		

paciente apresenta esmagamento e fratura em mão direita.

EXAME	RESULTADO	COMENTÁRIOS
EXAME DE VITALIDADE		
EXAME DE SENSIBILIDADE		
EXAME DE MOVILIDADE		
EXAME DE DEFORMIDADE		
EXAME DE PULSAÇÃO		
EXAME DE TEMPERATURA		
EXAME DE COR		
EXAME DE ODORE		
EXAME DE SONSOS		
EXAME DE VIBRAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO		
EXAME DE ELASTICIDADE		
EXAME DE DUREZA		
EXAME DE FLEXIBILIDADE		
EXAME DE RESISTÊNCIA		
EXAME DE TENSÃO DE TRACÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE COMpressão		
EXAME DE TENSÃO DE TORÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO, FLEXÃO E EXTENSÃO		

EXAME	RESULTADO	COMENTÁRIOS
EXAME DE VITALIDADE		
EXAME DE SENSIBILIDADE		
EXAME DE MOVILIDADE		
EXAME DE DEFORMIDADE		
EXAME DE PULSAÇÃO		
EXAME DE TEMPERATURA		
EXAME DE COR		
EXAME DE ODORE		
EXAME DE SONSOS		
EXAME DE VIBRAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO		
EXAME DE ELASTICIDADE		
EXAME DE DUREZA		
EXAME DE FLEXIBILIDADE		
EXAME DE RESISTÊNCIA		
EXAME DE TENSÃO DE TRACÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE COMpressão		
EXAME DE TENSÃO DE TORÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO, FLEXÃO E EXTENSÃO		

EXAME	RESULTADO	COMENTÁRIOS
EXAME DE VITALIDADE		
EXAME DE SENSIBILIDADE		
EXAME DE MOVILIDADE		
EXAME DE DEFORMIDADE		
EXAME DE PULSAÇÃO		
EXAME DE TEMPERATURA		
EXAME DE COR		
EXAME DE ODORE		
EXAME DE SONSOS		
EXAME DE VIBRAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO		
EXAME DE ELASTICIDADE		
EXAME DE DUREZA		
EXAME DE FLEXIBILIDADE		
EXAME DE RESISTÊNCIA		
EXAME DE TENSÃO DE TRACÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE COMpressão		
EXAME DE TENSÃO DE TORÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E FLEXÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO E EXTENSÃO		
EXAME DE TENSÃO DE TRANSLAÇÃO COM ROTACIONAMENTO, FLEXÃO E EXTENSÃO		

DIAGNÓSTICO:

TERAPIA UTILIZADA:

UNIDADE HOSPITALAR	DESTINO	ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO
Samu p/ UMSRD Ofeitas		Dr. Pedro Urbano Farias
Bagaa do Carmo p/ Recife		Ortopedia e Traumatologia
		CRM/PE - 25.219

DESCRIÇÃO	PERTENÇAS DO PACIENTE	ASSINATURA
	NOME E FUNÇÃO DO RECEPTOR	

UNIDADE	MÉDICO REGULADOR	MÉDICO ASSISTENTE	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	COORDINADOR	PROTA
	Dr.		Ana Paula Rodrigo		



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:	31/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL VITOR DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04057

CONTA: 000001066240-5

Nr. da Autenticação 7A4F277765C3FEBE



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	<div style="text-align: center;">  CELPE www.celpe.com.br </div> <div style="text-align: right; padding-top: 10px;"> 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 </div>



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 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 MARIA JOSE DIAS DE OLIVEIRA CPF: 493.704.804-04	DATA DE VENCIMENTO 31/07/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/07/2020	CONTA CONTRATO 000719247024
	TOTAL A PAGAR (R\$) 57,01	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/07/2020	Nº DO CLIENTE 2001651934
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SAO JOSE 297 SOLIDADE/LAGOA DO CARRO 55820-000 LAGOA DO CARRO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
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	RESERVADO AO FISCO 1AC7.E79B.5E5A.DAB7.068D.F1C5.1B02.832E		

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL	
----------------------------	--

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)				
Consumo Ativo(kWh)-TUSD		52,00	0,45063787	23,43				
Consumo Ativo(kWh)-TE		52,00	0,35636165	18,53				
Contrib. Ilum. Pública Municipal				4,68				
ICMS Subvenção-CDE-NF 109660599-25/05/20				2,81				
Multa por atraso-NF 113656357 - 23/06/20				1,79				
Juros por atraso-NF 113656357 - 23/06/20				0,20				
Atualização IGPM-NF 113656357 - 23/06/20				0,33				
Doação APAE - 0800 722 2723				7,00				
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002				1,76				
TOTAL DA FATURA				57,01				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
41,96	25,00	10,49	41,96	0,80	0,33	41,96	3,73	1,56

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	0,31756451	JUL 20	52
Consumo Ativo(KWh)-TE	0,25112806	JUN 20	114
		MAI 20	396
		ABR 20	127
		MAR 20	116
		FEV 20	187
		JAN 20	143
		DEZ 19	113
		NOV 19	30
		OUT 19	247
		SET 19	30
		AGO 19	341
		JUL 19	128

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
13,11	31,25
1,86	4,43
9,65	23,00
1,86	4,43
12,38	29,50
3,10	7,39
41,96	100

Gerção de Energia	13,11	31,25
Transmissão	1,86	4,43
Distribuição (Celpel)	9,65	23,00
Encargos Setoriais	1,86	4,43
Tributos	12,38	29,50
Perdas de Energia	3,10	7,39
TOTAL	41,96	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003011162308	CAT	23/06/2020	18.475,00	24/07/2020	18.527,00	31	1,00000	0,00	52,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/08/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAIS	META TRIM.	META ANUAL
maio/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	CARPINA	1,74	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,74	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 13,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,51					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios lagoa do itaenga: rua antonio francisco da silva centro / maria rosinelde gomes de barro: r antonio francisco da silva 90 centrolista 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 do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Novas Tarifas reajuste médio de 4,88% vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 26683/20).

NÍVEIS DE TENSÃO	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

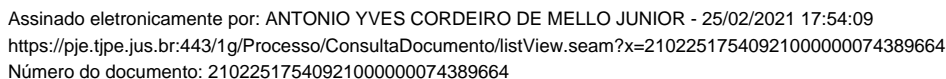
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE ADH

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000719247024	07/2020	57,01	31/07/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
---	-----------------------

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PREFEITURA MUNICIPAL
DE LAGOA DO CARRO

SERVICO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data	22/04/2020	Hora	15:16	Registro	19840
Nome	Rafael Tutor de Souza				
Endereço	Rua São José				
Bairro	Centro	Cidade	Lagoa do Carro		
Idade	33	Sexo	M	Profissão	Motociclista
Responsável	Mae Maria José das Chagas de Souza				
Endereço do Responsável					
Nascimento	26/01/1987				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEICULO
TIPO

Automóvel ☐
Atropelamento ☐

Onibus ☐
Colisão ☐

Moto ☐
Capotagem ☐

Ciclo ☐
Outro ☐

☐ AGRESSÃO

POR
TIPO

Arma de Fogo ☐
Assalto Brig ☐

Arma Branca ☐
Apêl Branca ☐

Espancamento ☐
Agressão Sexual ☐

Outro ☐
Outro ☐

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM

Autocollisão - Sinal de

Atropelamento

Outros tipos de acidentes

QUEIXAS

Pet de entrada com fratura em 3º-4º e 5º ADD após acidente automotivo. Nega trauma em outros pontos do corp.

EXAME FÍSICO

PA X mmHg FC PULSO TEMPERATURA

Edema + dorso, dor, apêlta lumbago em 3º-4º e 5º ADD.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1º Fratura? - 2º - 3º - 4º - 5º

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

1º - 2º - 3º - 4º - 5º - 6º - 7º - 8º - 9º - 10º - 11º - 12º - 13º - 14º - 15º - 16º - 17º - 18º - 19º - 20º - 21º - 22º - 23º - 24º - 25º - 26º - 27º - 28º - 29º - 30º - 31º - 32º - 33º - 34º - 35º - 36º - 37º - 38º - 39º - 40º - 41º - 42º - 43º - 44º - 45º - 46º - 47º - 48º - 49º - 50º - 51º - 52º - 53º - 54º - 55º - 56º - 57º - 58º - 59º - 60º - 61º - 62º - 63º - 64º - 65º - 66º - 67º - 68º - 69º - 70º - 71º - 72º - 73º - 74º - 75º - 76º - 77º - 78º - 79º - 80º - 81º - 82º - 83º - 84º - 85º - 86º - 87º - 88º - 89º - 90º - 91º - 92º - 93º - 94º - 95º - 96º - 97º - 98º - 99º - 100º

Dra. Carolina Franchin
Médica
CRMPE-27365

15/10



NOME DO PACIENTE: _____		N° DO REGISTRO: _____	
CLÍNICO: _____		N° DO LEITO: _____	
OPERADOR: _____		2° ASSISTENTE: _____	
1° ASSISTENTE: _____		ANESTESISTA: _____	
INSTRUMENTADOR: _____		DURAÇÃO: _____	
ANESTESIA: _____			
DATA DA OPERAÇÃO: 02 / 04 / 2022		INÍCIO: _____	FIM: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATÓRIO: _____			
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERAÇÃO: _____			
OPERAÇÃO PROPOSTA: _____			
OPERAÇÃO REALIZADA: _____			

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

[Faint handwritten notes on lined paper]

Lra. Maria Borges
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 20.343 TEOT 15.77

104-HGOF





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
RAFAEL VITOR DE SOUZA

Idade:
33 Anos 6 Meses 1 Dia

Nasc.
26/01/1987

Sexo: MASCULINO
CNS: 709501675059970

Contatos:
81. 91139720 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA JOSE DIAS DE SOUZA

Endereço:
RUA SAO JOSE , N.º 297 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: LAGOA DO CARRO -
UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 13/07/2020 07:50

Prontuário: 1110259

Nº. Atendimento: 3459180

Serviço:

Enfermaria/Letto:

Médico:
EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ

Admissão

Queixa Principal

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 22/04/20, CAPOTAMENTO DE JIPE, TEVE FRATURA DO 3 AO 5 QDD, COM LIMITACAO DE MOVIMENTAR OS DEDOS, RETIROU FIOS SEM RX CONTROLE (SIC), POR DR. SIDEVAL, EM LAGOA DO CARRO

História Clínica

Exame Físico

DEBILIDADE DE MOVIMENTACAO IMPORTANTE DOS DEDOS LONDOS, COM DESCIO ULNAR DO 3 QDD

Observações

FRATURA 3 AO 5 QDD

Conduta

RX CONTROLE

HERMES FISCHER DE LYRA - CRM: Nº.12216

Data/Hora: 13/07/2020 - 09:18

Cartório
Original
EXAUSTO
SANITIZADO



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1 / 1
Emitido por: ROSEMERENC
Em: 27/07/2020 10:49

Atendimento: 3448633

Dt Atendimento: 22/04/2020 - 17:35

Dt Alta: 24/04/2020 - 14:31

Paciente: 1110259 RAFAEL VITOR DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 217 TRAU 40-02 - POSTO IV

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: NIVIAMBF

Diretor Clínico:

CID: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1 / 1
Emitido por: ROSEMERENC
Em: 27/07/2020 10:49

Atendimento: 3448633

Dt Atendimento: 22/04/2020 - 17:35

Dt Alta: 24/04/2020 - 14:31

Paciente: 1110259 RAFAEL VITOR DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 217 TRAU 40-02 - POSTO IV

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: NIVIAMBF

Diretor Clínico:

CID: S626

FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome:

Popuel Vitor de Souza

Registro:

Clínica:

Procedência:

Rx MAG. DIR

3º ODD AP/Perfil

4º ODD AP/Perfil

5º ODD AP/Perfil

Exaturo

3º/4º/5º ODD

Dr. Rômulo Fialho de Lima
Ortopedia - Ortop. da Mão
CRM 12246

13.07.20

Data:

1/1/

Médico-CRM

075-HOF





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

Atestado

Atesto para os devidos fins que
Rafael Vitor de Souza encontra-se
impossibilitado de realizar qualquer
atividade, sendo necessário repouso
por 30 dias.

CID 10. S62

Data: 15/06/20

Dr. Geovane Júnior
Médico - Endocrinologia
CRM 220187

075-HOF

F

I

Nr

C





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Reg: 1110259

Enf: 40

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 22/04/2020

DATA DE SAÍDA: 24/04/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º QDD

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º QDD

PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS-OPERATÓRIO, COM FO COM BOM ASPECTO. RECEBE ALTA SOB ORIENTAÇÕES. REALIZAR CURATIVO DIÁRIO EM PSF E ATB VIA ORAL

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Mateus Muniz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28.531

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)

CIVIL CRIMINAL CAPTURAS CARCERÁRIO PLACAS CELULAR INFOPOL

[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN [GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL
Placa: HVN6709
Nome proprietário: SIMIAO AMARAL RIBEIRO DE LEMOS NETO
CPF do proprietário:
UF: PE Tipo: AUTOMOVELO
Espécie: PAS
Combustível: GASOLINA Marca / Modelo: FIBRAV
Marca:
Cor: BRANCA Ano Fabricação:
Município: LAGOA DO CARRO
Logradouro: RUA SAO JOSE
Número: 432 Bairro: CENTRO
Cep: 55820000
Complemento:
Chassi: 9B9FBVMAGK1AD5478 Restrição:
Renavam: 161774997
Licenciamento: R\$ 0,00
IPVA: R\$ 0,00
Seguro: R\$ 0,00
Bombeiro: R\$ 0,00
Conservação: R\$ 0,00
Taxas: R\$ 0,00
Multas: R\$ 0,00
Quantidade Multas: 0
Quantidade de multas a vencer: 0
Multas a vencer: R\$ 0,00
IPVA a vencer: R\$ 0,00
Total: R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272650 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA **Data do acidente:** 22/04/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.(P-3-4-9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272650 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA **Data do acidente:** 22/04/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO A DIREITA. (P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P-3-4-9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. P4

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214086/20

Vítima: RAFAEL VITOR DE SOUZA

CPF: 058.753.344-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2020

Titular do CPF: RAFAEL VITOR DE SOUZA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RAFAEL VITOR DE SOUZA : 058.753.344-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/07/2020
Nome: RAFAEL VITOR DE SOUZA
CPF: 058.753.344-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAFAEL VITOR DE SOUZA

RAIANNE SILVA BARBOSA

