

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200348702

Vítima: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 22/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

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 um dos membros inferiores 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: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000836-2

Conta: 0000017025-9

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 090.464.134-11 4 - Nome completo da vítima: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

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

5 - Nome completo: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA 6 - CPF: 090.464.134-11
7 - Profissão: MOTO-TAXI 8 - Endereço: RUA NORUEGA 9 - Número: 13 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PEDREIRAS 12 - Cidade: MORENO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.800-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

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: 0836 2 CONTA: 17.025 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (ou nascituros)? ☐ 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, Recife 25 setembro 2020

Edenilton Ricardo Silva de Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE MORENO
21ª CIRCUNSCRIÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0111000781**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/08/2020** às **14:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/6/2020** às **00:38**

Fato ocorrido no endereço: **JABOATÃO DOS GUARARAPES, 1, PE - 07 - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54100-270**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
EDNALDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR (OUTRO)
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA**

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

EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE SILVA DE LIMA Pai: ELIARQUI PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 27/10/1987 Nacionalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 7484275/9DS/PE (RG) Profissão: MOTOTAXISTA Endereço Residencial: RUA NORUEGA, 13, BAIRRO PEDREIRAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

EDNALDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA UNIAO, 320 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB TWISTER** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCB8213 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **1081586203** Chassi: **9C2MC4400GR012210**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCOOL/GASOL**
Descrição: **HONDA/CB 250F TWISTER**

Complemento / Observação

INFORMA A VITÍMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA EM UM CURVA, VENDO A ACIDENTAR-SE. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, COMO CONSTA NA OCORRÊNCIA Nº 8831250. INFORMA QUE COM O ACIDENTE, ACABOU SOFRENDO AS SEGUINTE LESÕES: " FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA + FERIDA LACERO CONTUSA EM JOELHO DIREITO E COTOVELO", COMO ESCRITO NA ADMISSÃO DO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ATENDIMENTO Nº 3456026, PROTOCOLO Nº 1112736. INFORMO QUE SUA MOTOCICLETA ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE EDNALDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR, É O QUE ME FOI RELATADO, SEM MAIS, ENCERRO ESTE B.O.E.

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

EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA
(VITÍMA)

Ricardo José da Silva
B.O. registrado por: RICARDO JOSÉ DA SILVA - Matrícula: 297053-8
(Liberado em 14/08/2020 às 14:33)



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: 090.464.134-11 4 - Nome completo da vítima: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

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

5 - Nome completo: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA 6 - CPF: 090.464.134-11
7 - Profissão: MOTO-TAXI 8 - Endereço: RUA NORUEGA 9 - Número: 13 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PEDREIRAS 12 - Cidade: MORENO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.800-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 98552-9424

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: 0836 2 CONTA: 17.025 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (ou nascitor)? ☐ 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, Recife 25 setembro 2020

Edenilton Ricardo Silva de Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Senhor **EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA**, 32 anos, portador do RG: 7.484.275 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 22/06/2020, às 00h36min, acionado através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S 831250. O mesmo foi vítima de QUEDA DE MOTO em VIA PÚBLICA. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA VÔMITOS E DESMAIOS, COM FRATURA DE TÍBIA E TORNOZELO DIREITO. O mesmo foi removido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Dr. Osmir Alves de Oliveira
Enfermeiro
COREN 1265

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00836-2

CONTA: 000000017025-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0710202005000000000023700836000000017025236250 PAGO

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 000043-03 | www.cepe.com.br

RUA NORLEGA 13

MORENO R.

CONT'D. CONTINUED.

0814503020	0812020
------------	---------

06/14/2020 06/20/2020

1990	1991
------	------

30/06/2020 08/07/2020

144.49

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abas(Wh)-TUSO	156,0000000	0,42801508	\$6,92
Consumo Abas(Wh)-TE	166,0000000	0,36081965	\$6,28
Contrib. Sum. Publica Municipal			17,26
ICMS Solvenção-CDE-NF 103695814-06/04/20			1,10
Multa por atraso-NF 107442406 - 11/05/20			2,89
Juros por atraso-NF 107442406 - 11/05/20			0,04
Atualização IGPM-NF 107442406 - 11/05/20			0,04

TOTAL DA FATURA	144,40
-----------------	--------

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		IP DE CADA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM3)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3182170281	Cat1	11-05-2020	288,00	08-06-2020	411,00	30	130000		108,00

ANO	Índice
1990	100
1991	105
1992	110
1993	115
1994	120
1995	125
1996	130
1997	135
1998	140
1999	145
2000	150
2001	155
2002	160
2003	165
2004	170
2005	175
2006	180
2007	185
2008	190
2009	145

[illegible]

As a member of the general de-
partment of the University of
the Pacific, I have been able to
participate in a number of
conferences and seminars, and
to attend the annual meeting of
the American Association of
University Professors.

DEBÍTAÇÃO E FOLGAS - FOLGAS SUPERINTENDENTES					ANEXO DE FOLGAS		
COLUNTO	VALOR ANUAL R\$ (CDO)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO HORAL (%)	LIMITE DE VARIACÃO (%)	
						ABRIL	MAIO
CMC	0,00	0,07	0,19	0,30	220	200	231
PC	0,00	3,30	8,80	12,30			
EMC	0,00	2,86	0,00	0,00			

(Linha 0478) 11.22 R(11) - Valor do Frete em relação ao Sistema de Circulação - R\$ 40,00



CTC RECIFE PE PL3
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A
 VARZEA
 50970-230 RECIFE PE



72 0903 6539 52105 00000000595 3 0 270520

Vencimento: 04/06/2020
 Postagem: 27/05/2020

Data de Vencimento	Total da Fatura R\$
04/06/2020	1.297,70
Pagamento Mínimo R\$	Parcelamento de Fatura R\$
148,37	Entrada 10,00
Período	+ 24 x 121,28
Maio / 2020	Total do Financiamento
	2.911,13
	CET Anual 149,16%

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 24/06/2020

Mensagem Importante

Pagamento da fatura: Opção sempre pelo pagamento total da fatura. Em caso de imprevistos, você poderá utilizar o Crédito Rotativo. Dessa forma, se o pagamento for entre o mínimo estipulado e inferior ao valor total, haverá cobrança de juros remuneratórios incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago de até R\$ 159,75. Caso o pagamento realizado seja inferior ao mínimo estipulado ou não seja efetivado pagamento de qualquer valor, haverá adicionalmente incidência de juros de mora e multa.

Parcelado Fácil (automático): Caso o cliente não realize pagamento ou se já houve opção pelo crédito rotativo no mês anterior e o pagamento desta fatura for inferior ao valor total, o saldo remanescente deste mês será parcelado em até 24 vezes desde que o pagamento seja igual ou superior ao valor mínimo, com parcela mínima de R\$ 20,00, podendo o cliente optar por outras condições de parcelamento por meio da Central de Atendimento ao Cliente ou no Internet Banking Correntistas Bradesco (www.bradesco.com.br). IOF isento de 03 de abr à 03 de jul/2020, exceto para transações internacionais, conforme Decreto 10.305/2020.

Número do Cartão	Limite de Crédito Total R\$	Limite de Saque R\$	Limite Disponível em 25/05/2020
4551 XXXX XXXX 8901	1.310,00	524,00	12,30

Data Histórico de Lançamentos

Data	Histórico de Lançamentos	Cidade	US\$	Cotação do Dólar	R\$
05/05	PAG BOLETO BANCARIO				351,75-
06/05	PAG BOLETO BANCARIO				683,71-
25/05	ENCARGOS DE ATRASO				3,71
25/05	ENCARGOS DE ROTATIVO				2,25
	FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA				
	08/04 JOSE MATIAS NETO MERO2/02	RECIFE			107,34
	01/05 JOSE MATIAS NETO MERO	RECIFE			13,88
	03/05 UberBR UBER TRIP HELP.UBE	SAO PAULO			4,93
	07/05 PAG*WanderannyVieira	RECIFE			133,00
	08/05 PAG*Panificadora	RECIFE			30,00
	08/05 KI GALETO	RECIFE			23,00
	08/05 PAGOLIVRE *ESPLASE10	BARUERI			159,86
	09/05 BOI QUENTAO	RECIFE			70,32
	10/05 UberBR UBER TRIP HELP.UBE	SAO PAULO			7,57
	11/05 ifood *IFOOD	OSASCO			15,50
	11/05 MERCADOPAGO *MADPIZZA	Osasco			49,00

Resumo das Despesas

Saldo Anterior	1.035,08
(-) Pagamento / Créditos	1.035,46
(+) Despesas Locais R\$	1.298,10
(+) Despesas no exterior em R\$	-0,00
(v) Total da Fatura R\$	1.297,70

Taxas Mensais

	Taxa ao Mês (%)	Taxa ao Ano (%)	CET (Ano)	Taxas Mês. p/ Período
Pagamento de Contas	0,00%	0,00%	0,00%	2,99%
Parcelamento Fatura	7,90%	148,03%	152,21%	10,80%
Compras Parceladas com Juros	3,49%	50,93%	51,80%	4,49%
Credário	3,49%	50,93%	51,80%	4,49%
Rotativo	9,90%	210,43%	215,35%	13,90%
Saque à Vista	15,10%	440,63%	458,46%	18,10%

* Sobre as operações de crédito incidirá o IOF Diário (0,0000%) e IOF Adicional (0,00%), de acordo com a legislação vigente. Válido para o vencimento desta fatura.

Pode Fácil Bradesco: 4002 0022 / 0800 570 0022. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Consultas, informações e serviços transacionais. Acesso ao Exterior: 55 11 4002 0022. SAC - Bradesco Cartões: 0800 727 9988. SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Reclamações, cancelamentos e informações gerais. Ouvidoria: 0800 727 9933. Atendimento das 08h às 18h, de 2ª a 6ª, exceto feriados. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria.

AVISO
 A FALTA DE PAGAMENTO OU PAGAMENTO ABaixo DO MÍNIMO DA FATURA ACARRETARÁ A COBRANÇA DE IOF, JUROS DE MORA 1% A.M., MULTA 2% E JUROS REMUNERATORIOS DO: (I) PARCELAMENTO DE FATURA E/OU PARCELAMENTO FACIL APLICADOS SOBRE O VALOR DAS PARCELAS VENCIDAS, E/OU (II) CREDITO ROTATIVO SOBRE OS DEMAIS VALORES.

A PARTIR DA SUA PRÓXIMA FATURA, O VALOR PARA PAGAMENTO MÍNIMO PASSA A SER A PARTIR DE 5% DO VALOR TOTAL DA FATURA.

	Bradesco	237-2	23794.15009 90020.544905 17000.211403 2 00000000000000			
Nome do Pagador/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA CPF: 056.839.994-09 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A, VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230						
Saqueador/Assinatura						
Número Documento		Nº Documento		Data de Vencimento		Valor do Documento
00205449017-3		00205449017-3		04/06/2020		R\$ 1.297,70
(-) Valor Pago						
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço Banco Bradesco S/A - CNPJ 00.748.948/0001-12 - Núcleo Cidade de Deus, S/N - Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP						
Agência/Código do Beneficiário 4150-5 / 0002114-8						Autenticação Mecânica

Bradesco	237-2	23794.15009 90020.544905 17000.211403 2 00000000000000
Local de Pagamento PAGUEMOS PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO		
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço Banco Bradesco S/A - CNPJ 00.748.948/0001-12 - Núcleo Cidade de Deus, S/N - Prédio Prata - 4ª Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP		
Data do Documento	Nº do Documento	Especie DOC
25/05/2020	00205449017-3	RECIBO
Uso do Banco	Carteira	Especie R\$
8890	09	R\$
Informações de responsabilidade do beneficiário		
Os encargos de pagamento rotativo ou de atraso, serão cobrados na próxima fatura. Pagamento em cheque será considerado liquidado somente após a sua compensação. Sr. Caixa, não receber este boleto após 15 dias do vencimento.		
Nome do Pagador/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA CPF: 056.839.994-09 RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA A, VARZEA, RECIFE, PE, CEP 50970-230		
Saqueador/Assinatura		



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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, ABLTA, 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.464.134 / 11

do sinistro de DPVAT cobertura INVA LÍDEZ da Vítima EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.464.134 / 11, 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 Líder-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:
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS

Número:
233

Complemento:
CASA

Bairro:
VARZEA

Cidade:
RECIFE

Estado:
PE

CEP:
50.970-230

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Tel (DDD):
81 98552-9424 / 81 99472-7858

Local e Data:

RECIFE 25 DE SETEMBRO


Assinatura do Declarante



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

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

RESUMO DE ALTA

Nome: EVERTON RICARDO DA SILVA DE LIMA

Reg:1112736

Enf:37

Leito: 03

DATA DE ENTRADA:22/06/2020

DATA DE SAÍDA: 26/06/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DA PERNA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DA PERNA ESQUERDA

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA COM 01 HASTE. EVOLUIU BEM NO PÓS-OPERATÓRIO, SEM QUEIXAS, FO DE BOM ASPECTO E RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES.

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

Bruno Carvalho
Médico
CRM: 28949

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado EVERTON RICARDO DA SILVA DE LIMA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DA PERNA ESQUERDA.

Bruno Carvalho
Médico
CRM: 28949

México - CRM-PE

26/06/2020

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/06/2020 06:50

Prontuário: 1112736

Nº. Atendimento: 3456031

Serviço: ORTOPEDIA

Enfermaria/Leito:

CORREDOR SUL-COR-58-S

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Nome:
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA
Sexo:
MASCULINO
Mãe:
MARIA JOSE SILVA DE LIMA

Idade:
32 Anos 7 Meses 26 Dias
Nasc.
27/10/1987
Contatos:
81. 88253330 | Celular: 81.

Endereço:
RUA NORUEGA, N.º 13 - BAIRRO: PEDREIRA - CIDADE: MORENO - UF: PE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
03456031 01112736
NOME DO PACIENTE: SITUAÇÃO CIRURGIA:
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA URGÊNCIA
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
RAQUI ANESTESIA

CID FINAL:

FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA - S822
Cedimento

Material:

DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
22/06/2020 22/06/2020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA DIÁFISE OSSOS PERNA ESQUERDA
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA ESQUERDA COM
FIXADOR EXTERNO + RADIOSCOPIA CIRURGICA

EQUIPE
CIRURGIÃO: THALES COUCEIRO
1º AUX: CARLOS GONÇALVES
ANESTESISTA: DULCÍDIO CAVALCANTI

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPسيا + APOSIÇÃO CAMPOS CIRURGICOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- 3) VISUALIZAÇÃO DE FERIMENTO 2CM EM FACE ANTERO-MEDIAL DO 1/3 MEDIO PERNA ESQUERDA
- 4) ABORDAGEM DA FERIDA + LAVAGEM COPIOSA COM SF 0,9% (10 LITROS) DE FRATURA EXPOSTA
DIÁFISE TIBIA E FIBULA + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS NECROTICOS
- 5) ALINHAMENTO DA FRATURA (SOB ESCOPIA) E COLOCAÇÃO DE 01 (UMA) ARMAÇÃO FIXADOR EXTERNO
LINEAR TIBIA
SUTURA FERIDA COM FIO NYLON + CURATIVO

CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PE 13335
RBO1-4401



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Idade:
32 Anos 7 Meses 26 Dias

Nasc.
27/10/1987

Sexo:
MASCULINO

CNS:
704701796845532

Contatos:
81. 88253330 | Celular: 81.

Mãe:

MARIA JOSE SILVA DE LIMA

Endereço:

RLIA NORUEGA, N.º 13 - 1 BAIRRO: PEDREIRA - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/06/2020 01:53

Prontuário: 1112736

Nº. Atendimento: 3456026

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL

Admissão

Queixa Principal

DOR + SANGRAMENTO EM PERNA ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO HÁ 6HS
APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA + FERIDA LÁCERO CONTUSA EM JOELHO DIREITO E COTOVELO
ESQUERDO

História Clínica

ACIDENTE DE MOTO

Exame Físico

EG REGULAR

Observações

Conduta

INTERNAÇÃO

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº.9028

Data/Hora: 22/06/2020 - 02:43

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
O.º 100512/8 - Traumatologia
CRM/PE 9028 - TEST 8932

Confirme o diagnóstico
CADASTRADO
SAM/HOF



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA
Sexo:
MASCULINO
Mãe:
MARIA JOSE SILVA DE LIMA
Endereço:
RUA NORUEGA, N.º 13 - : BAIRRO: PEDREIRA - CIDADE: MORENO - UF: PE

Idade:
32 Anos 7 Meses 29 Dias
CNS:
704701796845532
Contatos:
81. 88253330 | Celular: 81.

Nasc.:
27/10/1987

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/06/2020 06:50
Prontuário: 1112736
Nº. Atendimento: 3456031
Serviço: ORTOPEQUIA E

Enfermaria/Letto:

TRAUMATOLOGIA FOSTO IV-37-01

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:

DATA AVISO CIRURGIA:

ATENDIMENTO:

CÓDIGO PACIENTE:

03456031

01112736

NOME DO PACIENTE:

SITUAÇÃO CIRURGIA:

EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

TIPO DE ANESTESIA:

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

FINAL:

Procedimento

Materiais:

DATA / HORA INICIAL:

DATA / HORA FINAL:

25/06/2020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

CIRURGIÃO: DR MARCO LIMA
1º AUX: DR ARTHUR / DRA LIS
2º AUX: DR AGEU
INSTRUMENTADOR: CYNTHIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: DR VALBERTO

DIAGNOSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA ESQUERDA

PROCEDIMENTO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA ESQUERDA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO MEDIANA EM REGIÃO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO
5. DISSECCÃO POR PLANOS
6. INCISÃO TRANSPATELAR
7. PASSAGEM DE FIO GUIA EM TIBIA
8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR DA TIBIA ESQUERDA
9. POSICIONADA HASTE INTRAMEDULAR
10. REALIZADO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS
11. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA HASTE COM RADIOSCOPIA
12. COLOCADO TAMPÃO
13. SUTURA POR PLANOS
14. CURATIVO

ORTOMÉDICA:

- 01 HASTE BLOQUEADA DE TIBIA
- 04 PARAFUSOS CORTICAIS DE BLOQUEIO (02 PROXIMAIS E 02 DISTAIS)
- 01 TAMPÃO

Dr Ageu Saraiva
Médico Residente
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 29577

Atendimento: 3456031

Dt Atendimento: 22/06/2020 - 06:50

Dt Alta: 27/06/2020 - 13:42

Paciente: 1112736 EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 209 TRAU 37-03 - POSTO IV Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: RANIEREMNLC

Diretor Clínico:

CID: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
COMISSÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA



CC: CONTINENTE / OUT. ENDOR. UF
6141966 RDE PE

CPF
026.629.894-65

DATA NASCIMENTO
16/06/1983

FUNÇÃO
FERNANDO FERNANDA DE
OLIVEIRA
DIANETE BRANDAO DE
OLIVEIRA

HABILITAÇÃO
ACC
DE HAB.
2.5

Nº REGISTRO
000000000000

PLANO
13/02/2021

PARCELAS
16/06/2021

OBSERVAÇÕES
sem observações



ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

LOCAL
RECIFE - PE

DATA
15/02/2016

04431504883
00071344837

DETAN - PE (PENAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1221607980

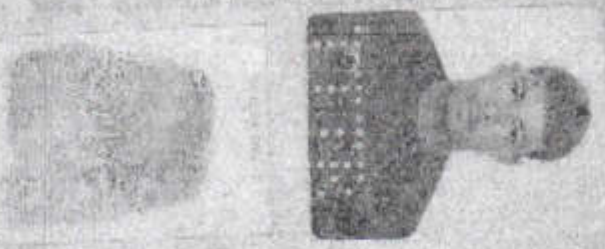
PROBIDA PLASTIFICAR
1221607980

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Everton Ricardo Silva de Lima

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.484.275

DATA DE EXPIRAÇÃO 24/01/2007

SEX << EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA >>

RELIGIÃO << ELIAQUIM PEREIRA DE LIMA >>

ESPOSA << MARIA JOSÉ SILVA DE LIMA >>

DATA DE NASCIMENTO 27/10/1987

LOCAL DE NASCIMENTO IACOTÁ DO GUARARAPES - PE

RECEBI DO CN 45.355-4-40 FL. 153-CART. SEDE

ABOLTAÇÃO PE-26.11.1987

[Signature]



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

090.464.134-11

Nome

EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Nascimento

27/10/1987

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015768428309

VIA 1 10815862015
RUBENILDO SANTOS
RUBENILDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR
RUA DA UNIAO 329
CE 5 A CENTRO MORENO-PE

EXERCÍCIO 2020
PLACA PGR213

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

ANOS FAB 2015 ANO MOD 2016

CATEGORIA PARTIC

VEICULO/COTAS 1º

PREMIO TARIÁRIO (R\$) 8,10

DATA DE PAGAMENTO 24/01/20

AL, FID, ADM CORP INC BEIDA LTDA

MOORENO Roberto

DATA 28/01/20

DIRETOR PRESIDENTE UNIAO/PE

CONTRAN

DETRAN

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

PE Nº 015768428309 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RUBENILDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR

54800-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020

DATA EMISSÃO 28/01/20

PLACA PGR213

CPF / CNPJ 056 773 508-43

RENOVAÇÃO 10815862015

ANOS FAB 2016

ANOS MOD 2016

VEICULO/COTAS 1º

PREMIO TARIÁRIO

DATA DE PAGAMENTO 24/01/20

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.214.608/0001-04

CONTRAN

DETRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200348702 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 22/06/2020 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P3 P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Everton Luciano Silva de Lima

DATA DO ACIDENTE 22/06/2020 CPF DA VITIMA 070.464.734-17

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VITIMA E Procuradora

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO

Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea

CIDADE Recife UF PE CEP 50970-230

E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE () 81 98552-9424

MAQUETE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEBUTIVA
- ☒ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACOMODADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PRÉDIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODPVATBRASIL.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/09/2020

IDENTIDADE 6141955 SDS/PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200348702 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 22/06/2020 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P3 P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
IDENTIDADE: 7.484.275 ORGÃO: SDS/PE
CPF: 090 - 464 - 134 - 11
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
ENDEREÇO: R. NORUEGA, 13 - PEDREIRA - MORENO/PE
50.800-000

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira
IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE
CPF: 056.639.994-69
ESTADO CIVIL: Solteira
ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 – Varzea – Recife/PE
Cep: 50.970-230



Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Escolha o (s) tipo(s) de cobertura

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 22/06/2020

Moreno 28/07/2020

Local e data



Everton Ricardo Silva de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)