



Número: **0000747-18.2020.8.17.2970**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Moreno**

Última distribuição : **13/12/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA (AUTOR)		MARIA ESTELA LOPES PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75047686	11/02/2021 11:28	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, 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: ☐ DAVIS (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 445/2013

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:

PEREIRAS

12 - Cidade:

MORENO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(011) 95552-9424

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0836

2

CONTA: 17.025

9

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

rescuidor(b)es?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

parentes vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão 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 rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rua PG 25 Sete Frio 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0111000781

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA 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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 Pat: ELIABETH PEREIRA DE LIMA Data de Nascimento: 27/10/1987 Nacionalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7434275/005/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 UNIÃO, 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 (VEICULO) 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: **PCR8213 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **1081586203** Chassi: **9C29HC4400GR012210**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCOOLADO**
Descrição: **HONDA/CB 250F TWISTER**



Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA 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 OCORRENCIA N° 8531250. INFORMA QUE COM O ACIDENTE, ACABOU SOFRENDO AS SEGUINTES LESÕES: " FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA + FERIDA LACERO CONTUSA EM JOELHO DIREITO E COTOVELO", COMO ESCRITO NA ADMISSÃO DO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ATENDIMENTO N° 3466026, PRONTUÁRIO N° 1112736. INFORMO QUE SUA MOTOCICLETA ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE EDNALDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR, E O QUE ME FOI RELATADO, SEM MAIS, ENCERRO ESTE B.O.E.

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

Evertton Ricardo Silva de Lima
EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA
(VITIMA)

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: ☐ DAVIS (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 445/2013

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:

PEREIRAS

12 - Cidade:

MORENO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54.800-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(011) 95552-9424

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ 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 (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0836

2

CONTA: 17.025

9

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existe)

(Informar o dígito se existe)

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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo(b) herança?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou patrimônio vivo?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão 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:

Rua PG 25 Sete Faltas 2020

Everton Ricardo Silva de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019





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
COE-10.055

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

Rua Prefeito Antônio de Lemos, 1947 – Nossa Senhora de Fátima – Moreno/PE – CEP: 54.800-000
FONE: 3535.4591 / E-mail: coordenacao.beiro@gmail.com



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





NOTA FISCAL - Fatura - CONTA DE SERVIÇO ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - São José, 54060-000 - PE
CNPJ: 06.928.220/0001-88 - Ins. Est: 000903-03 - www.celpe.com.br

ENDEREÇO DO CLIENTE
EJ AGUIAR PEREIRA DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMO
RUANOLÉIA 13

CPF: 254.895.714-87

PELPEIRAS MORENO
MORENO PE
5400-000

CLASSIFICAÇÃO
ET: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Residência

DATA DE EMISSÃO: 10/02/2021
DATA DE VENCIMENTO: 08/03/2021
VALOR DO DÉBITO: 141,43

CONTA DE CONSUMO	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
11451101	UNICA	08/03/2021
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000
00000000	00000000	00000000

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Residencial - TUSD	186,000000	5,4791100	1019,91
Consumo Residencial - TE	186,000000	5,2681800	980,00
Consumo Residencial - TCE			17,20
ICMS Subvenção CC&F - 10/02/2021			1,10
Multa por atraso - 10/02/2021			0,00
Juros por atraso - 10/02/2021			0,00
Despesa com energia - 10/02/2021			0,00

TOTAL DA FATURA: 141,43

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Residencial - TUSD	186,000000	5,4791100	1019,91
Consumo Residencial - TE	186,000000	5,2681800	980,00
Consumo Residencial - TCE			17,20
ICMS Subvenção CC&F - 10/02/2021			1,10
Multa por atraso - 10/02/2021			0,00
Juros por atraso - 10/02/2021			0,00
Despesa com energia - 10/02/2021			0,00

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Residencial - TUSD	186,000000	5,4791100	1019,91
Consumo Residencial - TE	186,000000	5,2681800	980,00
Consumo Residencial - TCE			17,20
ICMS Subvenção CC&F - 10/02/2021			1,10
Multa por atraso - 10/02/2021			0,00
Juros por atraso - 10/02/2021			0,00
Despesa com energia - 10/02/2021			0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Observações:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Residencial - TUSD	186,000000	5,4791100	1019,91
Consumo Residencial - TE	186,000000	5,2681800	980,00
Consumo Residencial - TCE			17,20
ICMS Subvenção CC&F - 10/02/2021			1,10
Multa por atraso - 10/02/2021			0,00
Juros por atraso - 10/02/2021			0,00
Despesa com energia - 10/02/2021			0,00



Página 1 de 2

Data de Vencimento	Total da Fatura R\$
04/06/2020	1.297,70
Pagamento Menor R\$	Recebimento de Fatura R\$
145,37	Entrada 10,00
Período	+ 24 x 121,28
Maio / 2020	Total do Financiamento
	2.911,13
	GET Anual 140,10%

Data prevista para o fechamento da próxima letiva: 24/08/2020

More online information

Pagamento de fatura. Crie sempre pelo pagamento total da fatura. Em caso de empréstimo, você poderá utilizar o Crédito Relativo. Dessa forma, se o pagamento for acima 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 efetuado 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 desta 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. Consultar: www.bancasec.com.br. IGF Item 03 de 03 de abr a 03 de jul/2020, exceto para transações internacionais, conforme Decreto 10.355/2020.

Número do Cartão	Linha de Crédito Total R\$	Linha de Saque R\$	Linha Disponível em 25/06/2020
4551 XXXX XXXX 8901	1.310,00	524,00	12,30

Data Histórico de Lançamentos

05/05	PAG BOLETO BANCARIO		351,75
06/05	PAG BOLETO BANCARIO		883,71
25/05	ENCARGOS DE ATRASO		3,71
25/05	ENCARGOS DE ROTATIVO		2,25
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA		Cartão 4551 XXXX XXXX 8881	
08/04	JOSE MATIAS NETO HIER02/02	RECIFE	107,34
01/05	JOSE MATIAS NETO HIER	RECIFE	13,08
03/05	UserBR USER TIUP HSLP,USE	SAO PAULO	4,93
07/05	PAG**Wanderlann/Vieira	RECIFE	133,00
08/05	PAG**Pantificadora	RECIFE	30,00
08/05	KI GALETO	RECIFE	23,00
08/05	PAGOLIVRE **ESPLASE10	BARILHE	159,86
09/05	BOI QUENTAO	RECIFE	70,32
10/05	UserBR USER TIUP HSLP,USE	SAO PAULO	7,57
11/05	Ifood **IFOOD	OSASCO	15,90
11/05	MERICADO PAGO **MADPIZZA	Osasco	49,00

Resumo dos Casos

Saldo Anterior	1.035,00
(-) Pagamento / Cobrança	1.035,00
(+) Despesa Local R\$	1.296,10
(-) Despesa no exterior em R\$	-0,00
(=) Total da Fatura R\$	1.297,10

Taxco Mortgage

	Taxa de RRA (%)	Taxa de Aval (%)	GEV (R\$)	Taxa Média Pós-Fin (%)
Pagamento de Contas	0,00%	0,00%	0,00%	2,99%
Provisionamento Financeiro	7,00%	148,00%	132,21%	10,00%
Contas Parceladas com Juros	3,40%	50,00%	51,00%	4,40%
Credenciário	3,00%	50,00%	51,00%	4,40%
Relatório	0,00%	215,40%	215,55%	13,80%
Balancete à Vista	15,10%	404,67%	403,60%	10,10%

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

París Fácil Brindez: 4002 0022 / 0600 515 9022. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Consultas, informações e serviços transacionais. Acesso ao Exterior: 55 11 4002 0022. SAC - Brindez: Cortesia: 0800 727 9695. SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0050. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Reclamações, comentários e informações gerais. Ouvidoria: 0800 727 9033. Atendimento das 8h às 19h, de 2ª a 6ª, exceto feriados. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria.

184.00

A FALTA DE PAGAMENTO OU PAGAMENTO ABANDO DO MÍNIMO DA FATURA ACARRETIARA A COBRANÇA DE IOF, JUROS DE MORIA 1% A.M., MULTA 2% E JUROS REMUNERATORIOS DO: (1) PARCELAMENTO DE FATURA E/OU PARCELAMENTO FACIL APLICADOS SOBRE O VALOR DAS PARCELAS VENCIDAS, E/OU (2) CREDITO ROTATIVO SOBRE OS DEBITOS 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 0000000000000000			
Nome do Fornecedor/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP					
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 060.539.994-09 RUA COMEND JOSE FERNANDES MACHADO 333 CASA A, VARZEA, RECIFE, PE, CEP 55079-230					
Dados do Produto					
Nome do Produto	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(-) Valor Pago	
00004440017-3	00004440017-3	04/06/2020	R\$ 1.297,70		
Nome do Beneficiário/CNPJ/Cidade					
Banco Bradesco S/A - CEP: 00074-900 - São Paulo - SP					
Assinatura/Código do Beneficiário					
41884/2300211403					
Assinatura Mecânica					

Bradesco		237-2	23794.15009 90020.544905 17000.211403 2 00000000000000	
Local de Pagamento PARAVEL PROFERENCIAL MENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO				Data de Vencimento 04/05/2020
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Outorgado Reserva Bradesco S/A - CNPJ: 06.746.368/0001-12 - Nucleon, Cidade de Deus, Sítio - Praia Preta - 4ª Avariz - Vila Yara - CEP 08026-900 - Osasco - SP				Agência/Código de Beneficiário 6100-610002114-5
Data do Documento 05/02/2020	Nº do Documento 00205449011-5	Especie DOC RECIBO	Acerto N	Data Processamento 20/05/2020
Valor do Bônus \$500	Carência 06	Especie 06	Quantidade 	e Valor
Informações de responsabilidade do beneficiário				(*) Valor do Documento R\$ 1.297,70
De encargos de pagamento relativo ao de atraso, sobre o atraso na prestação futura. Pagamento em cheque será considerado liquidado somente após a sua compensação. Sr. Celso, não receber este boleto após 15 dias do vencimento.				(*) Desconto/Abatimento
Nome do Pagador/COFFIN/UF - (sempre Cidade/UF/CEP) FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA - CPF: 096.438.584-56				(*) Juros/Multa
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 232 CASA A, VARGEM, RECIFE, PE, CEP: 50870-230				(*) Valor Pago
Beneficiário/Outorgado				

Avaliação de Máquinas Elétricas - Ficha de Comparação





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

Para mais informações, 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)

Capital e regiões metropolitanas: 4800-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 - SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ombudsman: 0800 022 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://www7.susep.gov.br/BIbliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=3&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/96.

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **BR** 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 **INVALÍDEZ** 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Em caso de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: **RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS**

Bairro: **PARIZIA**

Cidade: **RECIFE**

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

Número: **233**

Estado: **PE**

Complemento: **CASA**

CEP: **50.979-230**

Telefone (DDD): **81 98552-9424 / 81 90472-7858**

Local e Data:

RECIFE 25 DE SETEMBRO


Assinatura do Declarante

DL001.001 V001/2017





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Apolônio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PARX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: EVERTON RICARDO DA SILVA DE LIMA

Reg: 1112736 Ent: 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 OÍ 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

CRIM: 52849

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRIM

SES/PE/SAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA 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

Brúno Carvalho
CRIM: 52849
Médico - CRIM-PE

26/06/2020

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 96 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

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

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

Dados de Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/06/2020 - 08:50
Prontuário: 1112736
Nº. Atendimento: 3456031
Serviço: ORTOPEDIA

Enfermaria/Leito:
CORREDOR SUL-COR-56-5

Médico:
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS S/H 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	URGÊNCIA		
TIPO DE ANESTESIA:	COM CEC:		
RAQUÍ ANESTESIA	COM ROBÓTICA		
CID FINAL:			
ATURA DA DIÁFISE DA TIBIA - S822			
cedimento			
Material			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
22/06/2020	22/06/2020		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DIÁFISE OSSOS PERNA ESQUERDA
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA ESQUERDA COM
FIXADOR EXTERNO + RADIOSCÓPIA CIRÚRGICA

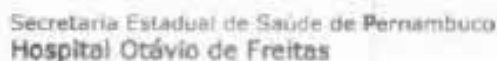
EQUIPE
CIRURGIÃO: THALES COUCEIRO
1º AUX: CARLOS GONÇALVES
ANESTESISTA: DULCÍDIO CAVALCANTI

- DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO CAMPOS CIRÚRGICOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 3. VISUALIZAÇÃO DE FERIMENTO 2CM EM FACE ANTERO-MEDIAL DO 1/3 MEDIO PERNA ESQUERDA
 4. ABORDAGEM DA PERDA + LAVAGEM COPIOSA COM SF 0,9% (10 LITROS) DE FRATURA EXPOSTA
 5. DIÁFISE TIBIA E FIBULA + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS NECRÓTICOS
 6. ALINHAMENTO DA FRATURA (SOB ESCÓPIA) E COLOCAÇÃO DE 01 (UMA) ARMAÇÃO FIXADOR EXTERNO
 7. INEAR TIBIA
 8. SUTURA FERIDA COM FIO NYLON + CURATIVO


CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES
Ortopedia - Ortopediatria
CRM - PE 13358
RBO - 841

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Agrício Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-840 Fone: (81) 3182.8500





Idade: 12 Anos 7 Meses 26 Dias - 27/10/1987
 Contatos: 81. 68253330 | Celular: 81.

Endereço: RUA NOROCCIA, Nº 15 - BAIRRO: PEDREIRA - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento

Data/Hora Atend.: 22/06/2020 01:53
Prontuário: 1112736
Nº Atendimento: 3456026
Serviço: CTCL/REGA

Enfermaria/Leito:

Médico:
LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL

Admissão

Queixa Principal

DOR + SANGRAMENTO EM PERNAS FROQUIDA 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

REGULAR

Observações

Conducta

INTERNAÇÃO

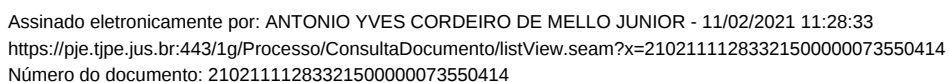
GILIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº 9028

sta/Hora 12/05/2020 - 02:43

LIN HENRIQUE A BRUEL
Ouse de l'Armée
CAMPUS 1226 - TOUT 8932

CONFIRMAÇÃO
CADASTRADO
SISTEMA

Hospital Olavo de Freitas - CNES: 426 - CNP: 10.572.048/0004-70
Rua Rui Barbosa, 511 - Telêmaco - Recife/PE CEP: 50.920-000 Fone: (01) 3362-0500





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA Idade: 32 Anos 7 Meses 29 Dias Nasc.: 27/10/1987
Sexo: MASCULINO CNS: 704701796845533 Contatos: 81. 88253330 | Celular: 81.
Mãe: MARIA JOSE SILVA DE LIMA
Endereço: RUA NORUEGA, N.º 12 - BAIRRO: PRODEIRA - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 22/06/2020 06:50
Prontuário: 1112736
Nº. Atendimento: 3456011
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermagem/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO IV-37-01

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS S/H 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 ROBOTICA:

FINAL:

Procedimento:

Material:

DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
23/06/2020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

CIRURGEÃO: DR. MARCO LIMA
1.º AUX: DR. ARTHUR / DRA. LIS
2.º 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 ANTISSEPSE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO MEDIANA EM REGIÃO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO
5. DISSECCAO POR PLANOS
6. INCISÃO TRANSPATELAR
7. PASSAGEM DE FIO GUIA EM TIBIA
8. PRESSAGEM DO CANAL MEDULAR DA TIBIA ESQUERDA
9. POSICIONADA HASTE INTRAMEDULAR
10. REALIZADO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS
11. VISUALIZADO BOLA REDONDA E POSICIONAMENTO DA HASTE COM RADIOLOGIA
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

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Adriana Guimarães, s/nº - Tejupó - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3183.8560



Atendimento: 3456031

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

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

Paciente: 1112736 EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Consultório: 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

Director Clínico:

CID: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento de Alta

- Procedimento não informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO









Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

090.464.134-11

Nome

EVERTON RICARDO SILVA DE LIMA

Nascimento

27/10/1987



[illegible]

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 sequelas

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





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID

PORT WENTON, AUSTRALIA

Virtualization Based on SELinux

DATA ON INCIDENTS 02/06/2020 Call the victim 090 444 134-77

PORTADOR DA DOENÇA: Fernanda Brandão de Oliveira

QUALIFICAZIONE PORTADORA	1° VITTORIA	1° PREMIO IN TUTTO LEGALE E IL PIÙ GARANTITO CON
--------------------------	-------------	--

BUY CONTENTS YOUR FAVORITE BOOKS

№ 233
Ссылка на № А
Страна Varze

Part No	50870-230
QTY	12.0
UNIT	PC
CD/DATE	

E-mail: gertraude.mendes213@gmail.com
 Tel: 011 3663 9424

MATERIALS AND METHODS

DOCUMENTOS BASICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- © 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 395–403

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DANIS

- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

enhancement to children.

- * MOORE = 81, 130, 201.
* MEDIANZETTERMANSHIP = AVE 84, 130, 201, 257, 300, 357, 400, 457, 500, 557, 600, 657, 700, 757, 800, 857, 900, 957, 1000, 1057, 1100, 1157, 1200, 1257, 1300, 1357, 1400, 1457, 1500, 1557, 1600, 1657, 1700, 1757, 1800, 1857, 1900, 1957, 2000, 2057, 2100, 2157, 2200, 2257, 2300, 2357, 2400, 2457, 2500, 2557, 2600, 2657, 2700, 2757, 2800, 2857, 2900, 2957, 3000, 3057, 3100, 3157, 3200, 3257, 3300, 3357, 3400, 3457, 3500, 3557, 3600, 3657, 3700, 3757, 3800, 3857, 3900, 3957, 4000, 4057, 4100, 4157, 4200, 4257, 4300, 4357, 4400, 4457, 4500, 4557, 4600, 4657, 4700, 4757, 4800, 4857, 4900, 4957, 5000, 5057, 5100, 5157, 5200, 5257, 5300, 5357, 5400, 5457, 5500, 5557, 5600, 5657, 5700, 5757, 5800, 5857, 5900, 5957, 6000, 6057, 6100, 6157, 6200, 6257, 6300, 6357, 6400, 6457, 6500, 6557, 6600, 6657, 6700, 6757, 6800, 6857, 6900, 6957, 7000, 7057, 7100, 7157, 7200, 7257, 7300, 7357, 7400, 7457, 7500, 7557, 7600, 7657, 7700, 7757, 7800, 7857, 7900, 7957, 8000, 8057, 8100, 8157, 8200, 8257, 8300, 8357, 8400, 8457, 8500, 8557, 8600, 8657, 8700, 8757, 8800, 8857, 8900, 8957, 9000, 9057, 9100, 9157, 9200, 9257, 9300, 9357, 9400, 9457, 9500, 9557, 9600, 9657, 9700, 9757, 9800, 9857, 9900, 9957, 10000, 10057, 10100, 10157, 10200, 10257, 10300, 10357, 10400, 10457, 10500, 10557, 10600, 10657, 10700, 10757, 10800, 10857, 10900, 10957, 11000, 11057, 11100, 11157, 11200, 11257, 11300, 11357, 11400, 11457, 11500, 11557, 11600, 11657, 11700, 11757, 11800, 11857, 11900, 11957, 12000, 12057, 12100, 12157, 12200, 12257, 12300, 12357, 12400, 12457, 12500, 12557, 12600, 12657, 12700, 12757, 12800, 12857, 12900, 12957, 13000, 13057, 13100, 13157, 13200, 13257, 13300, 13357, 13400, 13457, 13500, 13557, 13600, 13657, 13700, 13757, 13800, 13857, 13900, 13957, 14000, 14057, 14100, 14157, 14200, 14257, 14300, 14357, 14400, 14457, 14500, 14557, 14600, 14657, 14700, 14757, 14800, 14857, 14900, 14957, 15000, 15057, 15100, 15157, 15200, 15257, 15300, 15357, 15400, 15457, 15500, 15557, 15600, 15657, 15700, 15757, 15800, 15857, 15900, 15957, 16000, 16057, 16100, 16157, 16200, 16257, 16300, 16357, 16400, 16457, 16500, 16557, 16600, 16657, 16700, 16757, 16800, 16857, 16900, 16957, 17000, 17057, 17100, 17157, 17200, 17257, 17300, 17357, 17400, 17457, 17500, 17557, 17600, 17657, 17700, 17757, 17800, 17857, 17900, 17957, 18000, 18057, 18100, 18157, 18200, 18257, 18300, 18357, 18400, 18457, 18500, 18557, 18600, 18657, 18700, 18757, 18800, 18857, 18900, 18957, 19000, 19057, 19100, 19157, 19200, 19257, 19300, 19357, 19400, 19457, 19500, 19557, 19600, 19657, 19700, 19757, 19800, 19857, 19900, 19957, 20000, 20057, 20100, 20157, 20200, 20257, 20300, 20357, 20400, 20457, 20500, 20557, 20600, 20657, 20700, 20757, 20800, 20857, 20900, 20957, 21000, 21057, 21100, 21157, 21200, 21257, 21300, 21357, 21400, 21457, 21500, 21557, 21600, 21657, 21700, 21757, 21800, 21857, 21900, 21957, 22000, 22057, 22100, 22157, 22200, 22257, 22300, 22357, 22400, 22457, 22500, 22557, 22600, 22657, 22700, 22757, 22800, 22857, 22900, 22957, 23000, 23057, 23100, 23157, 23200, 23257, 23300, 23357, 23400, 23457, 23500, 23557, 23600, 23657, 23700, 23757, 23800, 23857, 23900, 23957, 24000, 24057, 24100, 24157, 24200, 24257, 24300, 24357, 24400, 24457, 24500, 24557, 24600, 24657, 24700, 24757, 24800, 24857, 24900, 24957, 25000, 25057, 25100, 25157, 25200, 25257, 25300, 25357, 25400, 25457, 25500, 25557, 25600, 25657, 25700, 25757, 25800, 25857, 25900, 25957, 26000, 26057, 26100, 26157, 26200, 26257, 26300, 26357, 26400, 26457, 26500, 26557, 26600, 26657, 26700, 26757, 26800, 26857, 26900, 26957, 27000, 27057, 27100, 27157, 27200, 27257, 27300, 27357, 27400, 27457, 27500, 27557, 27600, 27657, 27700, 27757, 27800, 27857, 27900, 27957, 28000, 28057, 28100, 28157, 28200, 28257, 28300, 28357, 28400, 28457, 28500, 28557, 28600, 28657, 28700, 28757, 28800, 28857, 28900, 28957, 29000, 29057, 29100, 29157, 29200, 29257, 29300, 29357, 29400, 29457, 29500, 29557, 29600, 29657, 29700, 29757, 29800, 29857, 29900, 29957, 30000, 30057, 30100, 30157, 30200, 30257, 30300, 30357, 30400, 30457, 30500, 30557, 30600, 306

- [illegible]

PCRETA is in place with the following:

25/07/2020

6141855 SD SUPP

2000

DATE _____

100

2005



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 sequelas

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: Brasileira
IDENTIDADE: 7.484.275 ORGÃO: SDS/PE
CPF: 090.464.134-11
ESTADO CIVIL: Solteiro
ENDEREÇO: R. NORUEGA, 13 - PEDRILHA - 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 ☐ DAME (DESPEJAS 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)

