
Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALMIR FERREIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALMIR FERREIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALMIR FERREIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200291271

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALMIR FERREIRA SILVA

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 superiores 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: ALMIR FERREIRA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000070165733-5

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



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: 012.315.214.30 4 - Nome completo da vítima: Almir Ferreira Silva

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

5 - Nome completo: Almir Ferreira Silva 6 - CPF: 012.315.214.30
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua. Jacana 9 - Número: 06 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Acauã 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-000
15 - E-mail: j.s.assessoriaofpe@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81.99304.6299

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: ITI 341
AGÊNCIA: 0500 CONTA: 002403762 4
(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 (a) (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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200291271 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4,5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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 DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

2 - Nº do Seguro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.315.214.30 4 - Nome completo da vítima: Almir Ferreira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Almir Ferreira Silva 6 - CPF: 012.315.214.30
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: JACARA 9 - Número: 06 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: SCANA 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-000
15 - E-mail: js.assessoria@pe@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81.99304.6299

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 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ 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 (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

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

AGÊNCIA: 0500 CONTA: 2403762 4
(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) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0154000892**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2020** às **18:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **4/1/2020** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, RODOVIA FEDERAL BR 160, PRÓXIMO A ESCOLA DINÂMICA TAQUARITINGA DO NORTE-PE.** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ALMIR FERREIRA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALMIR FERREIRA SILVA**

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

ALMIR FERREIRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA FERREIRA SILVA** Pai: **JOSÉ DE ANCHIETA SILVA** Data de Nascimento: **8/4/1984** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6554878/SDS/PE (RG), 01231521430 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 06, RUA JAÇANA, 06, TAQUARITINGA DO NORTE-PE.** - CEP: **0** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALMIR FERREIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALMIR FERREIRA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KFW6214** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA SITUADA LOCALIDADE, QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLAS QUE NÃO TINHA SINALIZAÇÃO NENHUMA, FAZENDO COM QUE A MESMA VIENHESSE A PERDER O COTROLE DA MOTO E CAISSE AO CHÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA A UPA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, ONDE DE LÁ FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, E LOGO DEPOIS FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS-PE ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO..

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

ALMIR FERREIRA SILVA
(VITIMA)

Almir Ferreira Silva

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

[Assinatura]

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



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

2 - Nº do Seguro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.315.214.30 4 - Nome completo da vítima: Almir Ferreira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Almir Ferreira Silva 6 - CPF: 012.315.214.30
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: JACARA 9 - Número: 06 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: SCANA 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-000
15 - E-mail: js.assessoria@pe@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81.99304.6299

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 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ 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 (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

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

AGÊNCIA: 0500 CONTA: 2403762 4
(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) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 19/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR FERREIRA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000070165733-5

Nr. da Autenticação 734D781A5BC52DAE

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 0005943-83



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

JOCELMO FERNANDES DOS SANTOS
CPF: 080.323.324-80

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JACANA 6

ACAUA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
55190-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
11/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
119527747

CONTA CONTRATO

004009686164

Nº DO CLIENTE
2002875742

Nº DA INSTALAÇÃO
0003413216

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5DA4.AC44.A66B.F093.6E13.E2BC.53C5.B4A7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10953020	3,28
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09365398	2,80
Multa por atraso-NF 098193014 - 10/02/20			0,50
Multa por atraso-NF 100099041 - 11/03/20			0,50
Multa por atraso-NF 115843627 - 10/07/20			0,11
Juros por atraso-NF 100099041 - 11/03/20			1,11
Juros por atraso-NF 098193014 - 10/02/20			1,38
Juros por atraso-NF 115843627 - 10/07/20			0,01
Atualização IGPM-NF 100099041 - 11/03/20			1,21
Atualização IGPM-NF 098193014 - 10/02/20			1,40
Atualização IGPM-NF 115843627 - 10/07/20			0,03
Devolução Pagamento em Duplicidade			12,33
TOTAL DA FATURA			0,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	6,08	1,09	0,06
			6,08	5,04	0,30

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10281600	AGO 20	30
Consumo-TE até 30 kWh	0,08791300	JUL 20	33
		JUN 20	61
		MAI 20	62
		ABR 20	88
		MAR 20	88
		FEV 20	89
		JAN 20	59
		DEZ 19	91
		NOV 19	73
		OUT 19	66
		SET 19	79
		AGO 18	72

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000000001122	CAT	10/07/2020 10.910,00	11/08/2020 10.938,00	32	1,00000	0,00	28,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jun/2020					
DIC-No. de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,18	10,38	20,77
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 3,08					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia oliveira: avenida bela vista / pagafacil: r sco paulo
crz alta Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Sua rota/ciclo de leitura será alterado, Art. 84 Ren. ANEEL 414/10.
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
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 12,26.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004009686164	08/2020	0,00	18/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DIANA RAMOS DO NASCIMENTO

CPF: 061.186.814-81

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA SANTINA 289 AP- 04

POLISPACAS/SANTA CRUZ DO CAPIBARIB
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55195-695

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
073791679	ÚNICA	16/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	FECHA DE EMISSÃO
16/08/2019	2002932542	6035330

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7018327230	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
23/08/2019	16/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	61,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	57,0000000	0,77545172	44,20
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,55
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,70
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 066072915-14/06/19			0,41
Religação de Unidade Consumidora			7,98
Multa por atraso-NF 062172935 - 16/05/19			1,17
Multa por atraso-NF 066072915 - 14/06/19			0,92
Juros por atraso-NF 062172935 - 16/05/19			1,05
Juros por atraso-NF 066072915 - 14/06/19			0,32
Atualização IGPM-NF 062172935 - 16/05/19			0,84
Atualização IGPM-NF 066072915 - 14/06/19			0,29

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jucileide do Nascimento Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 041.450.754 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Almir Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.315.214 / 30
do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Almir Ferreira Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.315.214 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Agricultor Renda: X 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: <u>Rua Maria Santina</u>	Número: <u>289</u>	Complemento: <u>AP. 04</u>
Bairro: <u>Polispaços</u>	Cidade: <u>Santa Cruz</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>J.s.assessoria04pe@gmail.com</u>	CEP: <u>55195-695</u>	Tel.(DDD): <u>81.99304.6299</u>

Local e Data: Santa Cruz 02.07-2020

Jucileide do Nascimento Araújo
Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido	☐ Paciente ☐ Familiar
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.	
Nome: _____	RG: _____
Endereço: _____	Tel.: _____
Data: ____/____/____	
	_____ Assinatura

Autorização de Procedimento	☐ Paciente ☐ Familiar
Nome: _____	RG: _____
Endereço: _____	Tel.: _____
Procedimento: _____	
	_____ Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente	
☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadiu-se ☐ Termo de Alta a Pedido	
☒ Transferência: <u>HIP</u> ☐ Internamento _____	

Condição de Alta	
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito	

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Almir Fereira Silva

Ortopedia / HRA / 5852972 / 21:29
paciente chegou a Unidade trazido
pelo SAMU após queda de moto.
Está orientado e consciente.
Se queixa de dor no antebraço
direito com escorramento em ombro
dir., folho dir., e pé direito. Alcooliza
pct em GEG, hemodinamicamente
estável, ECG = 15/15, Vias aereas livres.
RX evidencia fratura no distal
do Ulna direita.

SV: PA = 110 x 80

Pulso = 85

SatO₂ = 99

Solicito avaliação e conduta

Data: 04/01/2020

Rodolfo Celerino
Médico
CRM-PE 28.178

MÉDICO

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: ____/____/____

MÉDICO

SUS

Sistema Ministério
União da da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

2427419

Nome do Paciente

JACIR L. FREIRE DA SILVA

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

352082

898003416134828080484

9 - SEXO

Masculino 1 Feminino 3

10 - RACIA/COR

10.1 - ETNIA

Rua Ferreira Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

91304985

14 - TELEFONE DE CONTATO

MÓDULO TELEFONE

11 - ENDEREÇO DO L. Nº (Bairro)

Rua Cecília Bezerra Aragão

São Domingos do Capibaribe

17 - CID 10 PRIMÁRIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO EVOLUINDO COM FRATURA DO ANTEBRAÇO DIR

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

FRATURA DO ANTEBRAÇO DIR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO CIR DE FRATURA DO ANTEBRAÇO DIR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

DR. MARCIO CAVALCANTI

30 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - TIPO DE ACIDENTE

32 - ACIDENTE TRABALHO

33 - ACIDENTE TRAFEGO

34 - OUTROS

35 - CIP 1000

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNIE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - EMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AP D

PERFIL D

ANTE-BRAÇO,FRN
SC: 61 %

ANTE-BRAÇO,LAT
SC: 67 %

Nome: ALMIR FERREIRA SILVA ID: 36689 Data: 06.03.2020 09:42:49
Nasc.: 08.04.1984 IDADE: 35 Sexo: F
TEC:
COMPUTADORIZADA DIGITAL HUMANA DIAGNOSTICO



NOME: Almida Ferreira S. Jr

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura UL 23 distal CID-10: S52.4, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

06/07/2020. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Por o paciente portar UL 23 distal
Em acompanhamento no Rx
fratura por trauma
no dia 06/04/2020.

Bezerros, 09/03/20.

9/3 - médico

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5980



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Maria Francis Sales

REG.: 129432

DATA DE NASCIMENTO: 09 / 04 / 1989

DATA DA CIRURGIA: 06 / 07 / 2020

DIAGNÓSTICO: Fratura ULNA distal

TRATAMENTO: Cirurgia 4 meses, pós-cir.

DATA DO RETORNO: 20 / 04 / 2020 - 60 dias

MOTIVO DO RETORNO: para teste funcional
de punho e antebraço
90 dias

João Marlon V. Costa
Trat. Ortopedia
CRM 59.000

Nome: ALMIR FERREIRA SILVA
Idade: 35 anos

Data do exame: 06/03/2020

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Controle radiológico de fixação de fratura completa da transição do terço médio com o distal da diáfise da ulna, com placa e parafusos metálicos, notando-se bom alinhamento da osteossíntese.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle radiológico de fixação de fratura completa da transição do terço médio com o distal da diáfise da ulna, com placa e parafusos metálicos, notando-se bom alinhamento da osteossíntese.



Dr. Ygor Werneck Felipe Barbosa
Médico Radiologista
CRM 19005 PE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 4/11/20	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 4/11/20
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Almir Fomero Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura óssea do antebraço	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

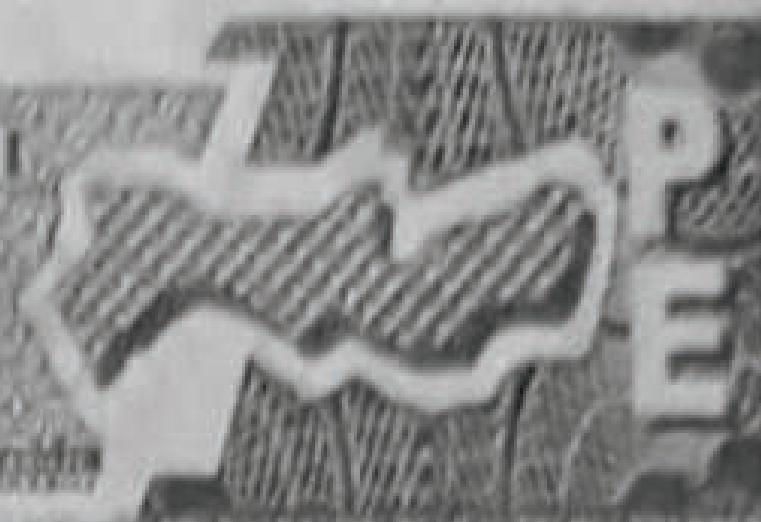
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Pericardio aberto, pneumotórax
2º Consolidação pulmonar, rigidez articular
3º Bom poder de flexão, extensão, prono
4º Supinação, trocê muscular
5º 75% grave.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE Junho	
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL: Curitiba	DATA: 21/7/20
ASSINATURA E CARIMBO: Victor Crispim Ortopedia e Traumatologia CRM 23144	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6523770 SDS PE

CPF
041.450.754-12

DATA NASCIMENTO
18/07/1978

FILIAÇÃO
JOSE VIEIRA DE ARAUJO

MARIA LAURINDA DO NASC
IMENTO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04505919506

VALIDADE
02/05/2023

1ª HABILITAÇÃO
20/11/2008

OBSERVAÇÕES

Jucileide do Nascimento Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO
04/05/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

08266591449
PE085488089

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1566792930

PROIBIDO PLASTIFICAR
1566792930

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

6554878

DATA DE
EXPEDIÇÃO

20.03.2000

NOME

ALMIR FERREIRA SILVA

FILIAÇÃO

José de Anchieta da Silva

Josefa Ferreira Silva

NATURALIDADE

Taquaritinga
do Norte-PE

DATA DE NASCIMENTO

08.04.1984

DOC ORIGEM

C.N.856.L."A"02.F.92.Cart-2º

Dist-de Taquaritinga do Norte-PE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

01R-48



POLEGAR DIREITO



Amilton Guimarães Lemos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

012.315.214-30

Nome

ALMIR FERREIRA SILVA

Nascimento

08/04/1984

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015771140388
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAL 223954420 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2020

NOME ALMIR FERREIRA SILVA

S C CARIBARIPE-PE

CPF / CNPJ 012.315.214-30

PLACA KFW6214

PLACA ANT. / UF

CHASSI 9C2KC1610AR023234

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 TITAN MAX

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP. / POT. / CL 2E / 1490L

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2020 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA 1º *****

FAIXA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS *****

2º ***** 3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 8.10

IOF (R\$) 0.05

PRÊMIO TOTAL (R\$) 8.15

DATA DE PAGAMENTO 22/01/20

OBSERVAÇÕES

SEM DESPESA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL S C CARIBARIPE

DATA 10/03/20

EXPEDIENTE CARLOS MOREIRA PONTOLLO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015771140388 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALMIR FERREIRA SILVA

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

S C CARIBARIPE-PE EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 10/03/20

VIA 1 CPF / CNPJ 012.315.214-30 PLACA KFW6214

RENAVAM 223954420 MARCA / MODELO HONDA / CG150 TITAN MAX

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC1610AR023234

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 3.65 DENATRAN (R\$) 0.41 CUSTO DO SEGURO (R\$) 4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.05 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 12.30

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/01/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

SEM NAO - O DE PORTE OBRIGATORIO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0228438/20

Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA

CPF: 012.315.214-30

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 04/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALMIR FERREIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JUCILEIDE DO NASCIMENTO ARAUJO : 041.450.754-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALMIR FERREIRA SILVA : 012.315.214-30

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: 14/08/2020
Nome: ALMIR FERREIRA SILVA
CPF: 012.315.214-30

ALMIR FERREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200291271 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIR FERREIRA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4,5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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 DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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: 012.315.214-30 4 - Nome completo da vítima: Almir Ferreira Silva

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

5 - Nome completo: Almir Ferreira Silva 6 - CPF: 012.315.214-30
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Jacana 9 - Número: 06 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Acará 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55190-000
15 - E-mail: fso.assessoria@pe@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81.99304.6299

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: Nubank 260
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 70165733 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 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) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (meninos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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,

Almir Ferreira Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Procuração

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

1. Outorgante ALMIR FERREIRA SILVA
portador(a) do documento de identidade nº 655.487.8 expedido por SDS em
20/03/2020 inscrito no CPF sob o nº 012.315.274-30 residente na
RUA SACANA nº 06
complemento CASA Bairro ACAÚA cidade
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado PE

2. Outorgado Guilherme do Nascimento Araújo
portador(a) do documento de identidade nº 6523770 expedido por SDS em
04/05/2018 inscrito no CPF sob o nº 041.450.754-12 residente na
RUA MARIA SANTINA nº 289
complemento AP 04 Bairro POLIS PACAS cidade
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado PE

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

SCL DOIS (02) de 07 de 2020

Outorgante Almir Ferreira Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.