

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BATISTA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000016561-1

Nr. Autenticação

BRABESCO030420200500000000002370253000000001656194500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127273 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 6.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127273

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BATISTA DA 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, contatos 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, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127273

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BATISTA DA 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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSE BATISTA DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 0000016561-1

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: 82425337415 3 - CPF da vítima: 82425337415 4 - Nome completo da vítima: José Batista da 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: José Batista da Silva 6 - CPF: 82425337415
7 - Profissão: Teorista de Rua 8 - Endereço: Rua Maximo da Silva 9 - Número: 110 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jari 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55605-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 336684854

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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 2530 CONTA: 56561 1

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

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

34

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: Jari - PE, 18. 03. 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AGENCIA : 2530 - BEZERROS
CONTA : 0016561/1
CGC/CPF : 824253374-15
CORRENTISTA : JOSE BATISTA DA SILVA

*Bradesco
Corrente*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0187000120**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/02/2020** às **15:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, RODOVIA PE 103 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAASTELO PERGENTINO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEMA UTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOSE BATISTA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE BATISTA DA SILVA

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

JOSE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO Pai: **JOSE AMARO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **5/2/1970** Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3790634/SDS/PE (RG), 82425337415 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAIRE, 130, RUA MAXIMO DA SILVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEMA UTORIA - 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), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE BATISTA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGK1785** (PERNAMBUCO/ARACOIABA) Renavam: **532246853** Chassi: **9C2NC4910DR004547**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETÁRIO: ROSEANE RIBEIRO DA SILVA**

Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA RODOVIA PE 103, QUANDO COLIDIU COM UM AUTOMOVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, CINDO EMS EGUIDA AO CHÃO, COMO NÃO HOUVE DANOS NO AUTOMOVEL O CONDUTOR DO AUTOMOVEL FOI EMBORA SEM SER IDENTIFICADO, E A VITIMA AFIRMA TER TIDO UMA LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO, MAIS QUE NA OCASIÃO NÃO PROCUROU ATENDIMENTOS MEDICOS, INDO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUE NO PASSAR DOS DIAS A VITIMA NÃO SENTIA MELHORA O QUE O FEZ PROCURAR ATENDIMENTOS MEDICOS NA UNIDADE MISTA OLILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR, OND EFOIA TENDIDO E DIAGNOSTICADO UMA FRATURAEM UERO ESQUERDO, CONFORME FICHA MEDICA DE Nº 106.160 APRESENTADA PELA PROPRIA VITIMA, NADA MIAS A DECLARAR.

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

Jose Batista da Silva

JOSE BATISTA DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

[Handwritten signature]



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: 82425337415 3 - CPF da vítima: 82425337415 4 - Nome completo da vítima: José Batista da 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: José Batista da Silva 6 - CPF: 82425337415
7 - Profissão: Teorista de Rua 8 - Endereço: Rua Maximo da Silva 9 - Número: 110 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jari 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55605-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 336684854

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: Bradesco
AGÊNCIA: 2530 CONTA: 56561 1
(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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: Jari - PE, 18. 03. 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AGENCIA : 2530 - BEZERROS
CONTA : 0016561/1
CGC/CPF : 824253374-15
CORRENTISTA : JOSE BATISTA DA SILVA

*Bradesco
Corrente*



CELPE

NOVA DSSAN - FATURA E CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 15.025.820/0001-00 | 0800-040 000394549 | www.celpe.com.br

SADOS DO CLIENTEEQUATION 5. TO-50E, 1.00M
PHASE 1: 1.00M

CRF 08/11 194-63 NTS: 10/26/2007

CLASSIFICATION

DEPARTMENT OF
ECONOMICS
UNIVERSITY OF

NO DA BOTA FOLHA	SETE	QUINTE
1964/78/23	1964/78	1964/78/23

APPROVED: M. DO SLANTE M. DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARZANO DA SILVA, 110

CENTRO-SARRE
SARRE-HE
55025-000

CORRENTES	RESERVA
0397579026	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	CADASTRO DE RECEITAS
00/12/2019	11/01/2020
TOTAL A PAGAR	87,64

DESCRIÇÃO DA NOVA FIOCA

[illegible]

TOTAL LEAF = 112.6

02-64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AUMENTO	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000	0000	12/01/2004	04000000	14/12/2003	1010436	31	1.00000		164.30

POSTED BY: 34/04/2011

[illegible]

DECLARATION OF INTEREST

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DEBIDO
ICMS	10,00	25,00	2,50
PIS	10,00	0,40	0,40
COFINS	10,00	0,75	0,75

[illegible]

TANIGUCHI ET AL.

© 2000 Blackwell Science Ltd
Journal of Internal Medicine 247: 395–402
Correspondence: Dr J. A. J. H. Willems, Department of Internal Medicine, University Hospital Groningen, P.O. Box 30.001, 3000 RB Groningen, The Netherlands.
E-mail: j.a.j.h.willems@azg.umcg.nl

© 1992 by John Wiley & Sons, Inc.

RECEIVED: 1997-05-20

4370 547P 6040 F12EA 483F 82EE C020 DE3H

UNIFORM COUNCIL UNIFORMITY

[illegible][illegible]

RIPA: A QUANTIFICAÇÃO DAS INTERUPÇÕES

	CONTRACTS IN PROGRESS	REVENUE RECOGNIZED	CASH RECEIVED	NET INVESTMENT	NET INVESTMENT
DEC	1.07	0.07	1.00	0.00	0.00
FEB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
MAR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE TENSÃO (N)	
	inferior	superior
220	212	228

* CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0387579076	12/2019	20/12/2019	

97 RM

COMPREHENSIVE

21 MAR 2023

PROTOCOL

106.160

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Hora do atendimento: 09:05

Data: 13/12/19

Nome Completo: JOSÉ BATISTA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Data de Nascimento: 05/02/90 Sexo: (X) Masculino

() Feminino

Nº Cartão SUS: CPF/RG:

Nome da mãe: MARIA JOSÉ DA NASCIMENTO

Nome do pai: JOSÉ AMARO DA SILVA FILHO

Endereço de Residência: RUA: MAXIMINO RUFINO DA SILVA

Município: SAIRÉ CEP: 55625-000 UF:

Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado ☐

Equipe de Saúde da Família:

Estado Civil: SOLTEIRO

Fone:

Enfermeira(o): SILVANIA

Médico(a): EDUARDO

HISTÓRIA CLÍNICA

Relato atual do Paciente: Paciente el histórico de trauma de mão há 1 semana, el fractura seu umero E. consciente e orientado / Colapso 15.

Pressão Arterial (PA): 120 x 80 Pulso: Temperatura:

Hipótese Diagnóstico (HD):

Conduta:

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SAIRÉ

Titular: FERNANDO SÉRGIO DA ROCHA FARIAS FILHO

Telefone: (81) 3748-1340

Certifico e dou fé que a presente cópia reprográica é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Emol: R\$ 3,07; TSMR: R\$ 0,48; Fundos: R\$ 0,10; FERC: R\$ 0,34; Total R\$ 4,19. Em test. da verdade, Mariana N. Martins Faria - Escrevente Autorizada

Selo: 0159574.MFL12201902.00254 16/12/2019 09:27:55
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Hora da Liberação:

Data:

Assinatura:

Dr. Eduardo Holanda
Médico
CRM 25352



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



Podestrado

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nóme: JOSE BATISTA DA SILVA

Data Nasc.: 05/02/1970

Idade: 49

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 82425337415

RG: 3790634

CNS: 702801617744763

Endereço: RUA MAXIMINO RUFINO

Nº: 110

Bairro: CENTRO

Cidade: SAIRE

Estado: PE

CEP: 55695000

Fone: 996775175

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA JOSE DO NASCIMENTO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 13/12/2019 10:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Refém num de motoristas

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Do, idem no exame

Diag. Provisório:

*Fratura de br. esquerdo
+ pcr + sal. midula*

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

[Signature]
Dr. José Patriota
Ortopedia
CRM/PE 5312



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 consequencias 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

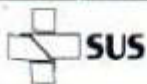
() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

350 887

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Tarda

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 09 775 775

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Do, 1 de 1 no membro

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROMOTOR DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Nome Paciente: JOSE BATISTA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1970
Sexo: Masculino
Idade: 49
Senha: U0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 13/12/2019 10:19 - 13/12/2019 10:22

ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 1 SEMANA, APRESENTANDO DOR E DIMINUIÇÃO DE MOBILIDADE, COM FRATURA FECHADA EM UMEROS ESQUERDO.

Medicamento(s): HAS-,DM-

Observação: SENHA 5836655
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DEFORMAÇÃO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANDREA KAROLINY SOUZA SILVA - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/12/2019 10:22

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

HORA DE ATENDIMENTO: _____

NOME: João Batista da Silva

PROFISSÃO: _____ SEXO: 49 anos DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ IDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

E: _____

ENDEREÇO: _____

PA: _____ TC: _____ P: _____ FC: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente vítima de trauma há ± 1 semana
e 1 dia de diminuição da mobilidade em membro
superior E.
Fratura fechada
fratura em Ulnar E.
Consente em ser avaliado, Glasgow 15
PA: 120x80 mmHg
FC: 80 SatO₂: 97%

DIAGNÓSTICO: Hospital Regional de Agreste (traumatologia)

HOSPITAL: _____

SENHA: 5836655

HORA DA LIBERAÇÃO: _____

MOTORISTA: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____

MÉDICO: _____

Dr. Edvarda Holanda
Med. Cir.
CRM 6332



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 013432804155
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 532245653 2017

ROSEANE RIBEIRO DA SILVA

ARACOIABA-PE

078.434.264-42 PGK1785

9C2NC4510DR004547

PAS MOTOCICLETA

HONDA/CB 300R

2P/291CL

IPVA 2017 QUITADO

1 2 3

2 3

3

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

ARACOIABA-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

21/07/17

PE Nº 013432804155 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROSEANE RIBEIRO DA 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

ARACOIABA-PE 2017 21/07/17

078.434.264-42 PGK1785

532245653 HONDA/CB 300R

2013 09 9C2NC4510DR004547

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) DEBATE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10% (R\$) TOTAL SEGURO BILHETE (R\$)

DATA DE EMISSÃO

ARACOIABA-PE

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 06.248.801/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

2107-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127273 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 6.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100471/20

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA

CPF: 824.253.374-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE BATISTA DA SILVA : 824.253.374-15

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: 21/03/2020
Nome: JOSE BATISTA DA SILVA
CPF: 824.253.374-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE BATISTA DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS