
Rio de Janeiro, 08 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210045329

Vítima: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

Data do Acidente: 15/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 21 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210045329

Vítima: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

Data do Acidente: 15/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000001783-3**

Conta: **000000028755-5**

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



BANCO BRADESCO S.A.

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: 17/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01783-3

CONTA: 000000028755-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1703202105000000000023701783000000028755472500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210045329 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA **Data do acidente:** 15/06/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de umero proximal esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 10°, abdução aos 70°, adução aos 20°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Limitação de grau medio de membro superior esquerdo, com bloqueio articular importante de ombro, deficit na força de preensão da mão

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico,osteossintese da fratura, fez fisioterapia
Alta médica

Sequelas permanentes: Deficit funcional de grau medio de membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais de membro superior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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:

32786808472

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

7 - Profissão:

APRESENTADA

8 - Endereço:

SITIO CHA DO MEIO

6 - CPF:

32786808472

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

CARPINA

9 - Número:

012

10 - Complemento:

#

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55810-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (valnascido)?

☐ 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

Assinatura da vítima/beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARPINA 19-10-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Maria Barbosa da Silva Filha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

32786808472

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

7 - Profissão:

APRESENTADA

8 - Endereço:

SITIO CHA DO MEIO

6 - CPF:

32786808472

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

CARPINA

9 - Número:

012

10 - Complemento:

#

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55810-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (valnascor)?

☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARPINA 19-10-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Maria Barbosa da Silva Filha

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 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0135002409**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/09/2020** às **15:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/6/2020** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PAULO PETRIBU, 1 - Bairro: - CARPINA/PERNAMBUCO / BRASIL - CEP: 55819-040**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUIS JOSE DE SANTANA (TESTEMUNHA)
MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIS JOSE DE SANTANA

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

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

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA BARBOSA DA SILVA Pai: JOVINO BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: 1/4/1949 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1969138/SDS/PE (RG), 32786808472 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, SITIO CHA DO MEIO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUIS JOSE DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, SITIO CHA DO MEIO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

HONDA/CG 150 TITAN ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIS JOSE DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS JOSE DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEJ3915** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **326067744** Chassi: **9C2KC1650BR526525**
Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

A VÍTIMA MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA, AFIRMA QUE NO DIA 15/06/2020, NO PERÍODO DA TARDE, ESTAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA PEJ3915, CONDUZIDA PELA PESSOA DE LUIS JOSE DE SANTANA, QUE SEGUIA PELA RODOVIA PE 53, COM SENTIDO LAGOA DE ITAENGA - CARPINA, QUANDO ESTAVAM PASSANDO PELA ZONAL RURAL DE CARPINA, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEVIDO A PISTA MOLHADA. QUE AMBOS, CONDUTOR E PASSAGEIRA CAÍRAM NO SOLO, SENDO QUE A SRª MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA, SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDA PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA.

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

Maria Barbosa da Silva Filha

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**
(Liberado em **02/09/2020** às **15:41**)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0135002409**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/09/2020** às **15:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/6/2020** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PAULO PETRIBU, 1 - Bairro: - CARPINA/PERNAMBUCO / BRASIL - CEP: 55819-040**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUIS JOSE DE SANTANA (TESTEMUNHA)
MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIS JOSE DE SANTANA

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

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

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA BARBOSA DA SILVA Pai: JOVINO BARBOSA DA SILVA Data de Nascimento: 1/4/1949 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1969138/SDS/PE (RG), 32786808472 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, SITIO CHA DO MEIO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUIS JOSE DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, SITIO CHA DO MEIO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

HONDA/CG 150 TITAN ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIS JOSE DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIS JOSE DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEJ3915** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **326067744** Chassi: **9C2KC1650BR526525**
Combustível: **ALCO/GASOL**



Complemento / Observação

A VÍTIMA MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA, AFIRMA QUE NO DIA 15/06/2020, NO PERÍODO DA TARDE, ESTAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA PEJ3915, CONDUZIDA PELA PESSOA DE LUIS JOSE DE SANTANA, QUE SEGUIA PELA RODOVIA PE 53, COM SENTIDO LAGOA DE ITAENGA - CARPINA, QUANDO ESTAVAM PASSANDO PELA ZONAL RURAL DE CARPINA, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEVIDO A PISTA MOLHADA. QUE AMBOS, CONDUTOR E PASSAGEIRA CAÍRAM NO SOLO, SENDO QUE A SRª MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA, SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDA PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA.

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

Maria Barbosa da Silva Filha
MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**
(Liberado em **02/09/2020** às **15:41**)



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:

32786808472

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

7 - Profissão:

APRESENTADA

8 - Endereço:

SITIO CHA DO MEIO

6 - CPF:

32786808472

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

CARPINA

9 - Número:

012

10 - Complemento:

#

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55810-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (val 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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARPINA 19-10-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Maria Barbosa da Silva Filha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

32786808472

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

7 - Profissão:

APRESENTADA

8 - Endereço:

SITIO CHA DO MEIO

6 - CPF:

32786808472

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

CARPINA

9 - Número:

012

10 - Complemento:

#

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55810-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (valnascor)?

☐ 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

Assinatura da vítima/beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARPINA 19-10-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Maria Barbosa da Silva Filha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Concessionária Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 51050-902
CNPJ 10.935.013/0001-08 | Ins. Est. 2009034-32 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LAURILAY J. S. SILVA
P.R. HIAS DA VENDA

CPF: 320.497.774-49 NIS: 1371421454

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CHALDO MEIO 12 H

ZONA RURAL, CARPINA, CARPINA RURAL
CARPINA PE
55810-000

SITUAÇÃO
BAIXA REDE COM NIS
Monofásico

CONDIÇÃO CONTADOR
4011146053

DATA DE EMISSÃO
27/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,25

MÊS ANO
04/2020

DATA DE RECEBIMENTO
20/05/2020

Nº DA NOTA FISCAL	GRUPO	EMISSÃO
105158471	URB A	15/04/2020
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
16/04/2020	2002108502	4083711

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	10,0000000	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 230 kWh	18,0000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	70,0000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 230 kWh	19,0000000	0,00000001	0,00
Multa por atraso NF 057396303 - 17/02/20			0,11
Juros por atraso NF 057396303 - 17/02/20			0,08
Atualização IGP-M 057396303 - 17/02/20			0,08
TOTAL DA FATURA			0,25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONTADOR	PERÍODO	CONSUMO (kWh)
16/04/2020	15/04/2020	16/04/2020	160,00	15/04/2020	150,00	4011146053	15/04/2020	10,00



INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	0,00	0,00
PIS	1,70	0,00
COFINS	4,68	0,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Unidade	Valor	Porcentagem
Transmissão	kWh	0,00	0,00%
Distribuição (Celpe)	kWh	0,00	0,00%
Perdas de Energia	kWh	0,00	0,00%
Energia Setorial	kWh	0,00	0,00%
Tributos	kWh	0,00	0,00%
Total	kWh	0,00	0,00%

TARIFAS APLICADAS

Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 100 até 230 kWh	0,00000002
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000001
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE superior a 100 até 230 kWh	0,00000001

RESUMO AO FISCO

1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento por meio de boleto bancário ou depósito em nome da concessionária. O cliente deve apresentar o boleto ou o comprovante de depósito para a emissão da próxima fatura. A falta de pagamento pode resultar na suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a fatura em local seguro e protegê-la contra danos físicos. A concessionária não se responsabiliza por danos decorrentes da perda ou destruição da fatura.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400

Este é um resumo das contas em aberto. O cliente deve verificar os valores e as descrições das contas. A concessionária não se responsabiliza por danos decorrentes da perda ou destruição das contas. O cliente deve manter as contas em local seguro e protegê-las contra danos físicos. A concessionária não se responsabiliza por danos decorrentes da perda ou destruição das contas.

INDICAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400

DADOS DE TENSÃO

TENSÃO	TENSÃO	TENSÃO
1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400	1000 CA73 457A 4002 15-08 1 A.D.C. 7646 8400



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Concessionária Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 51050-902
CNPJ 10.935.013/0001-08 | Fone: 3299.9343-32 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LAURILAY J. S. SILVA
P.R. HIAS DA VENDA

CPF: 320.497.774-49 NIS: 1371421454

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CHALDO MEIO 12 H

ZONA RURAL, CARPINA, CARPINA RURAL
CARPINA PE
55810-000

SITUAÇÃO
BAIXA REDE COM NIS
Monofásico

CONDIÇÃO
4011146053 **MÊS**
04/2020
DATA DE EMISSÃO
27/04/2020 **DATA DE VENCIMENTO**
20/05/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
0,25

Nº DA NOTA FISCAL	GRUPO	EMISSÃO
105158471	URB A	15/04/2020
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
16/04/2020	2002108502	4083711

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	10,0000000	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TUSD superior a 100 até 230 kWh	18,0000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	70,0000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 230 kWh	19,0000000	0,00000001	0,00
Multa por atraso NF 097396303 - 17/02/20			0,11
Juros por atraso NF 097396303 - 17/02/20			0,08
Atualização IGP-M 097396303 - 17/02/20			0,08
TOTAL DA FATURA			0,25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONTADOR	VALOR	CONSUMO (kWh)
16/04/2020	15/04/2020	15/04/2020	108,00	15/04/2020	108,00	1.0000		112,00



INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	0,00	0,00
PIS	1,70	0,00
COPINS	0,00	0,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Unidade	Valor	Porcentagem
Transmissão	kWh	0,00	0,00%
Distribuição (Celpe)	kWh	0,00	0,00%
Perdas de Energia	kWh	0,00	0,00%
Energia Setorial	kWh	0,00	0,00%
Tributos	kWh	0,00	0,00%
Total	kWh	0,00	0,00%

TARIFAS APLICADAS

Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,00000003
Consumo-TUSD superior a 100 até 230 kWh	0,00000002
Consumo-TE até 30 kWh	0,00000001
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,00000002
Consumo-TE superior a 100 até 230 kWh	0,00000001

RESUMO DO FISCAL

1001 CA73 457A 4002 15-08 1 ADIC 7646 8400

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo de 30 dias após a emissão da fatura. O não pagamento poderá acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800-0000000.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
1001	CA73 457A 4002 15-08 1 ADIC 7646 8400	1001	CA73 457A 4002 15-08 1 ADIC 7646 8400	1001

Este é um resumo das contas em aberto. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800-0000000.

INDICAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Indicador	Frequência	Indicador	Frequência
Indicador	1,00	Indicador	1,00
Indicador	1,00	Indicador	1,00

DIAGRAMA DE TENSÃO

Tensão	Valor	Tensão	Valor
Tensão	220	Tensão	220
Tensão	220	Tensão	220

Relatório Médico de Alta



Nome: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA
Reg.: 687137 Pront.: 1204712
Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 01/04/1949
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 71
Admissão: 16/06/2020 17:00 Alta: 26/06/2020 11:09

Admissão:

FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SANTA MARIA	16/06/2020 17:00	26/06/2020 11:09	10 dia(s)

Orientação:

Agendar retorno para Drº LEONARDO CANEJO para 15 dias;
Tomar medicação prescrita;
Realizar RX
Realizar curativo; SIM(x) NÃO()

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

5356548 - Gelulho Vargem

No. Ocorrência:

Prontuário:

Idade: 77 Anos

Nome: Maria Barbosa das Sias Filha

Dt. Nasc.: 07/04/49, Sexo: F, Est. Civil:

Endereço: Rua Sítio da do meio

CEP:

Cidade: Carpina, Bairro: Zona rural

Nac:

Documento: RG=7.969.738, CNS: - - -

Sis prenatal:

Tel.: -

Mãe: Maria Barbosa das Sias

Pai: -

Profissão: -

Responsável: Vizinha

Últimas Ocorrências

Data N° Ocorrência Motivo do atendimento

Dor no braço.

Queda de moto.

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peço	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Paciente vítima de queda de moto. Apresentando instabilidade, dor e deformidade em ombro E. Ao exame demonstrar-se capsulário

CO. Encaminhado ao Serviço de Traumatologia conforme orientações do Centro de

Tratamento

regulação
1) Dorsal 18 EU

18/30

Claudia Fabiana
COREN-PB 14.051-1E

Dr. Michael Sarmiento Fu
Médico
CRM-PB 13265

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO		TÉCNICO / COREN
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO		HORÁRIO:

Data da impressão: Segunda-feira, 15 de Junho de 2020 às 08:31

Recepcionista: JOSEANE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE
BOLETIM DE
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE: <u>Maria Barbosa da Silva filha</u>			
NOME DA MÃE: <u>Maria Barbosa da Silva</u>			
DATA DE NASCIMENTO: <u>01/04/1969</u>		IDADE: <u>41</u>	NATURALIDADE:
ENDEREÇO: <u>Sítio Chão do Oleiro</u>			Nº
BAIRRO: <u>Zona Rural</u>	CIDADE: <u>Caruaru</u>	ESTADO: <u>PE</u>	
Nº PRONTUÁRIO: <u>293328</u>		Nº CARTÃO SUS:	
INTERNAMENTO/CIRURGIA: <u>Placa unia</u>			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX): CLÍNICA (ESPECIALIDADE): ENFERMARIA/LEITO:			
HOSPITAL DIA: () CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: () SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()			
DATA DE INTERNAMENTO <u>16/06/2020</u>	DATA DE CIRURGIA <u>1/1/</u>	DATA DE ALTA <u>16/06/2020</u>	DATA DO ÓBITO <u>1/1/</u>
NOME DO SOLICITANTE: <u>Filho -</u>			
GRAU PARENTESCO:			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE	☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO	☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO	
☐ PROCURAÇÃO	☐ DECLARAÇÃO DE ÓBITO	☐ OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA	
☐ MANDADO JUDICIAL	PROTESE:	TIPO:	
ATENÇÃO/IMPORTANTE			
<u>INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO APÓS 15(QUINZE) DIAS ÚTEIS, PELO TELEFONE - (81) 3184-5662, DE SEGUNDA À QUINTA, DE 08:00h ÀS 12:00h</u>			
ENTREGA DE LAUDOS			
ENTREGA DE LAUDOS: DAS 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA A QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
SERÁ ENTREGUE AO PRÓPRIO PACIENTE (MUNIDO DE DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL LEGÍVEL), PARENTES DE 1º GRAU COM APRESENTAÇÃO DE AMBOS DOCUMENTOS LEGÍVEIS, E TERCEIROS (MUNIDOS DE PROCURAÇÃO RECONHECIDA EM CARTÓRIO E DOCUMENTAÇÕES LEGÍVEIS), NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
SOLICITAÇÃO DE LAUDOS			
HORÁRIO: 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA À QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, Tratamento, Permanência, Condição de alta e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado. Além da assinatura, colocar abaixo a impressão digital do solicitante.			
LAUDO + COPIA DO PRONTUÁRIO		Recife, <u>20</u> de <u>Outubro</u> de <u>20</u>	
		ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
		Nº DO RG OU CPF	

Relatório Médico de Alta



Nome: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA
Reg.: 687137 Pront.: 1204712
Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 01/04/1949
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 71
Admissão: 16/06/2020 17:00 Alta: 26/06/2020 11:09

Admissão:

FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SANTA MARIA	16/06/2020 17:00	26/06/2020 11:09	10 dia(s)

Orientação:

Agendar retorno para Drº LEONARDO CANEJO para 15 dias;
Tomar medicação prescrita;
Realizar RX
Realizar curativo; SIM(x) NÃO()

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

5356548 - Gelulho Vargem

No. Ocorrência:

Prontuário:

Idade: 77 Anos

Nome: Maria Barbosa das Sias Filha

Dt. Nasc.: 07/04/49, Sexo: F, Est. Civil:

Endereço: Rua Sítio da do meio

CEP:

Cidade: Carpina

Bairro: Zona rural

Nac:

Documento: RG=7.969.738

CNS: - - -

Sis prenatal:

Tel.: -

Mãe: Maria Barbosa das Sias

Pai: -

Profissão: -

Responsável: Vizinha

Últimas Ocorrências

Data N° Ocorrência Motivo do atendimento

Dor no braço.

Queda de moto.

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peço	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Paciente vítima de queda de moto. Apresentando instabilidade, dor e deformidade em ombro E. Ao exame demonstrar-se capsulário

CO. Encaminhado ao Serviço de Traumatologia conforme orientações do Centro de

Tratamento

regulação
1) Dipsone 1g EU

18/30

Claudia Fabiana
COREN-PB 14.051-TE

Dr. Michael Sarmento F.
Médico
CRM-PB 13265

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO

Data da impressão: Segunda-feira, 15 de Junho de 2020 às 08:31

Recepcionista: JOSEANE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE
BOLETIM DE
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE: <u>Maria Barbosa da Silva filha</u>			
NOME DA MÃE: <u>Maria Barbosa da Silva</u>			
DATA DE NASCIMENTO: <u>01/04/1969</u>		IDADE: <u>41</u>	NATURALIDADE:
ENDEREÇO: <u>Sítio Chão do Meio</u>			Nº
BAIRRO: <u>Zona Rural</u>	CIDADE: <u>Carbina</u>	ESTADO:	
Nº PRONTUÁRIO: <u>293328</u>		Nº CARTÃO SUS:	
INTERNAMENTO/CIRURGIA: <u>Placa única</u>			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX): CLÍNICA (ESPECIALIDADE): ENFERMARIA/LEITO:			
HOSPITAL DIA: () CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: () SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()			
DATA DE INTERNAMENTO <u>16/06/2020</u>	DATA DE CIRURGIA <u>1/1</u>	DATA DE ALTA <u>16/06/2020</u>	DATA DO ÓBITO <u>1/1</u>
NOME DO SOLICITANTE: <u>Filho -</u>			
GRAU PARENTESCO:			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE	☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO	☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO	
☐ PROCURAÇÃO	☐ DECLARAÇÃO DE ÓBITO	☐ OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA	
☐ MANDADO JUDICIAL	PROTESE:	TIPO:	
ATENÇÃO/IMPORTANTE			
INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO APÓS 15(QUINZE) DIAS ÚTEIS, PELO TELEFONE - (81) 3184-5662, DE SEGUNDA À QUINTA, DE 08:00h ÀS 12:00h			
ENTREGA DE LAUDOS			
ENTREGA DE LAUDOS: DAS 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA A QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
SERÁ ENTREGUE AO PRÓPRIO PACIENTE (MUNIDO DE DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL LEGÍVEL), PARENTES DE 1º GRAU COM APRESENTAÇÃO DE AMBOS DOCUMENTOS LEGÍVEIS, E TERCEIROS (MUNIDOS DE PROCURAÇÃO RECONHECIDA EM CARTÓRIO E DOCUMENTAÇÕES LEGÍVEIS), NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
SOLICITAÇÃO DE LAUDOS			
HORÁRIO: 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA À QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, Tratamento, Permanência, Condição de alta e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado. Além da assinatura, colocar abaixo a impressão digital do solicitante.			
LAUDO + COPIA DO PRONTUÁRIO		Recife, <u>20</u> de <u>Outubro</u> de <u>20</u>	
		ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
		Nº DO RG OU CPF	

793322

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME 1.969.138 DATA DE
EMISSÃO 14/03/2019

<< MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA >>

<< JOVINO BARBOSA DA SILVA >>

<< MARIA BARBOSA DA SILVA >>

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 01/04/1949

DOC. ORIGINAL << CC, 10.087 L.17 F.286 CART. 2º

PRAZERES-PE 28.02.1985 >>

CPF 327.968.084-72

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/03

F-55 22 610 - 111X

16130629-2202114536 856 1595

Maria Barbosa da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBURGO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL

MELHOR DE 15 ANOS

21-03

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Barbosa da Silva Filha

21-03

21-03

793322

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME 1.969.138 DATA DE
EMISSÃO 14/03/2019

<< MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA >>

<< JOVINO BARBOSA DA SILVA >>

<< MARIA BARBOSA DA SILVA >>

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 01/04/1949

CC, 10.087 L.17 F.286 CART. 2º

PRAZERES-PE 28.02.1985 >>

327.968.084-72

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/03

F-55 22 610 - 111X

16130629-220211558 856 1595

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBURGO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL

MELHOR DE 15 ANOS

21-03

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Barbosa da Silva Filha

21-03

21-03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015771096206

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 326067744 2020

LUIZ JOSE DE SANTANA

CARPINA-PE

780.451.854-49

9C2KC1650BR526525

PAS / MOTOCICLETA

HONDA / CG 150 TITAN ESD

2P/149CL

1 IPVA 2020 QUITADO

2 PARCELAMENTO / COTAS

3 PRÊMIO TOTAL (R\$)

8.10 SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARPINA

12/02/20

ROBERTO CARLOS MORAES FORTALEZA

ISSUO FREN

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 015771096206 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ JOSE DE SANTANA

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

CARPINA-PE

780.451.854-49

9C2KC1650BR526525

HONDA / CG 150 TITAN ESD

2011

09

0.41

0.05

12.30

28/02/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.

4387 A04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015771096206

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 326067744 2020

LUIZ JOSE DE SANTANA

CARPINA-PE

780.451.854-49

9C2KC1650BR526525

PAS / MOTOCICLETA

HONDA / CG 150 TITAN ESD

2P/149CL

1 IPVA 2020 QUITADO

1 2 3

8.10 SEMPRE 0.05 12-30

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARPINA

12/02/20

ROBERTO CARLOS MOREIRA FORTALEZA

ISSUE FINE

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 015771096206 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ JOSE DE SANTANA

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

CARPINA-PE

780.451.854-49

9C2KC1650BR526525

HONDA / CG 150 TITAN ESD

2011

09

3.65

0.41

0.05

12.30

28/02/20

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210045329

Nome do(a) Examinado(a): MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cha do Meio, 12, H, Carpina/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 15/06/2020 - Carpina/PE

Data e local do exame: 12/03/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de umero proximal esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

osteossintese da fratura, fez fisioterapia. Não comprova data da alta médica.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 10°, abdução aos 70°, adução aos 20°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação de grau medio de membro superior esquerdo, com bloqueio articular importante de ombro, deficit na força de preensão da mão.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Leonardo Neves
Médico
CRM 17.742

Maria Barbosa da E. Kulu.

Declaro, por escrito, que o ponto acima
citado realizou tratamento fisioterapêutico devido a
fratura do metacarpo esquerdo, porém apresenta
sequelas de dor, impotência de movimento, porém apresenta
sequelas deprimidas alta dependência do fisioterapeuta.

24/02/2021

(81) 3621.6094 / 9532.9517 / 9402.0788
atendimentounisaude@gmail.com

RUA ERNANI FARIAS DE MIRANDA, 120 B, SANTO ANTÔNIO, CARPINA- PE
(PRÓX. À FARMÁCIA DO TRABALHADOR)

Dr. Carlos T. J. da Silva
FISIOTERAPEUTA
COFFITO: 198165-F

Carlos T. J. da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300832/20

Vítima: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

CPF: 327.868.084-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2020

Titular do CPF: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA : 327.868.084-72

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: 22/10/2020
Nome: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA
CPF: 327.868.084-72

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO