



Número: **0041159-51.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/06/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
115098524	16/09/2022 13:55	ANEXO 3	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01267/01268 - carta_02 - INVALIDEZ

00040634



Carta nº 16639920





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, osteossíntese 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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (vairascer)?

☐ 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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (vairascer)?

☐ 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 - Informações pessoais

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: **1ª. 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**

02/09/2020 15:46



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**)



02/09/2020 15:46





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: **1ª. 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**

02/09/2020 15:46



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**)



02/09/2020 15:46





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 SU/SEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA 6 - CPF: 32786808472
7 - Profissão: APRESENTADA 8 - Endereço: SÍTIO CHA DO MEIO 9 - Número: 012 10 - Complemento: H
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CARPINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55810-000
15 - E-mail: 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)
AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 17833 CONTA: 00287555
(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 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 (vairascer)? ☐ 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 (declarante)
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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (vairascer)?

☐ 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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Concessionária Energética de Pernambuco

Concursos Energéticos de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-002
CNPJ 10.915.911/0001-00 | Fone: Ext. 300/400-32 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LAURINEO JOSÉ DA SILVA
R. F. 1145 LA VENEIA

CPF 829.487.774-49 NIS: 12718421454

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SILVIA DO MEIO 12 H

ZONA RURAL, CARPINA W/ CARPINA RURAL
CARPINA FE
55810-000

**CLASSIFICAZIONE
SILVIVENDICOLA
BAIA RENDIA COMFIS
Monofasica**

Nº DA NOTA FISCAL	CEP	EMISSÃO
105150471	13044	15/04/2020
Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
7092108828	4189711	

CUNTA CONTRATO	04/2020
4011146053	
FECHA DE VENCIMIENTO	20/05/2020
27/04/2020	
TOTAL A PAGAR (pts)	0,25

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (%)
Consumo-TE6C até 30L/hv	70,0000000	0,00000000	0,00
Consumo-TU5D superior a 30 até 100 L/hv	10,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TU5G superior a 100 até 220 L/hv	18,0000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 90L/hva	70,0000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE superior a 20 até 100 L/hv	70,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 L/hv	19,0000000	0,00000001	0,00
Multa por atraso - RF 097296300 - 17/03/20			0,00
Juros por atraso-RF 097296300 - 17/03/20			0,00
Atribuição IGPM-FUF de R\$ 586.900 - 17/03/20			0,00
TOTAL DA FATURA			0,08

0,25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							0,25
PERÍODO INICIAL	FUNÇÃO C/C	DATA INICIAL	LEITURA FISCA	DATA FINAL	LEITURA FISCA	Nº DE CONTADOR C/C	CONSUMO (KWH)
						1.00000	119,00

INSTRUMENTO DE CONSUMO

Month	Value
APR 20	118
MAR 20	76
FEB 20	30
JAN 20	30
DEC 19	30
NOV 19	30
OCT 19	30
SEP 19	30
AUG 19	32
JUL 19	57
JUN 19	131
MAY 19	137
APR 19	130

INFORMAÇÕES DE TRANSITO

REINSCRIÇÃO DE TÍTULOS			COMPOSIÇÃO DE CUSTOS		
	SARE DE CÂMBIO	%	VALOR DO IMPORTE		%
ICMS				Gerção de Energia	RS 0,00
PIS	0,00	1,10	0,00	Transmissão	RS 0,00
COPINS	0,00	4,40	0,00	Distribuição (C. Elétr.)	RS 0,00
				Perdas de Energia	RS 0,00
				Energia Setorial	RS 0,00
				Tributos	RS 0,00
				Total	RS 0,00

COMPOSIÇÃO DO CONCRETO

Grupo de Despesa	R\$	%	Valor em %
Manutenção	R\$ 1,50	0,00	0,00%
Outros (Aluguel)	R\$ 0,50	0,00	0,00%
Perdas de Energia	R\$ 0,25	0,00	0,00%
Encargos Setoriais	R\$ 0,00	0,00	0,00%
Tributos	R\$ 0,00	0,00	0,00%
Total	R\$ 2,25	100%	

57A 4002 DISC C 40C 7E4B B40G

INFORMACIÖES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Fecha	Descripción	Debe	Haber
1994/03		24.00	

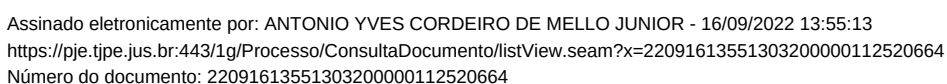
Este curso é voltado para todos os níveis de conhecimento sobre o tema. O conteúdo aborda os aspectos mais importantes do uso do Excel, desde a criação de planilhas simples até a utilização de funções avançadas e macros. O curso é dividido em módulos que abordam desde a interface do Excel até a criação de gráficos e relatórios. O curso é ideal para quem deseja aprender a utilizar o Excel de forma eficiente e prática.

INFLUÊNCIA DA PREVALÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

CAMP	NO. OF SOLDIERS	NO. OF SOLDIERS	NO. OF SOLDIERS	NO. OF SOLDIERS
ONE	100	100	100	100
TWO	100	100	100	100
THREE	100	100	100	100
FOUR	100	100	100	100
FIVE	100	100	100	100
SIX	100	100	100	100
SEVEN	100	100	100	100
EIGHT	100	100	100	100
NINE	100	100	100	100
TEN	100	100	100	100
ELEVEN	100	100	100	100
TWELVE	100	100	100	100
THIRTEEN	100	100	100	100
FOURTEEN	100	100	100	100
FIFTEEN	100	100	100	100
SIXTEEN	100	100	100	100
SEVENTEEN	100	100	100	100
EIGHTEEN	100	100	100	100
NINETEEN	100	100	100	100
TWENTY	100	100	100	100
TWENTY-ONE	100	100	100	100
TWENTY-TWO	100	100	100	100
TWENTY-THREE	100	100	100	100
TWENTY-FOUR	100	100	100	100
TWENTY-FIVE	100	100	100	100
TWENTY-SIX	100	100	100	100
TWENTY-SEVEN	100	100	100	100
TWENTY-EIGHT	100	100	100	100
TWENTY-NINE	100	100	100	100
THIRTY	100	100	100	100
THIRTY-ONE	100	100	100	100
THIRTY-TWO	100	100	100	100
THIRTY-THREE	100	100	100	100
THIRTY-FOUR	100	100	100	100
THIRTY-FIVE	100	100	100	100
THIRTY-SIX	100	100	100	100
THIRTY-SEVEN	100	100	100	100
THIRTY-EIGHT	100	100	100	100
THIRTY-NINE	100	100	100	100
FOURTY	100	100	100	100
FOURTY-ONE	100	100	100	100
FOURTY-TWO	100	100	100	100
FOURTY-THREE	100	100	100	100
FOURTY-FOUR	100	100	100	100
FOURTY-FIVE	100	100	100	100
FOURTY-SIX	100	100	100	100
FOURTY-SEVEN	100	100	100	100
FOURTY-EIGHT	100	100	100	100
FOURTY-NINE	100	100	100	100
FIFTY	100	100	100	100
FIFTY-ONE	100	100	100	100
FIFTY-TWO	100	100	100	100
FIFTY-THREE	100	100	100	100
FIFTY-FOUR	100	100	100	100
FIFTY-FIVE	100	100	100	100
FIFTY-SIX	100	100	100	100
FIFTY-SEVEN	100	100	100	100
FIFTY-EIGHT	100	100	100	100
FIFTY-NINE	100	100	100	100
SIXTY	100	100	100	100
SIXTY-ONE	100	100	100	100
SIXTY-TWO	100	100	100	100
SIXTY-THREE	100	100	100	100
SIXTY-FOUR	100	100	100	100
SIXTY-FIVE	100	100	100	100
SIXTY-SIX	100	100	100	100
SIXTY-SEVEN	100	100	100	100
SIXTY-EIGHT	100	100	100	100
SIXTY-NINE	100	100	100	100
SEVENTY	100	100	100	100
SEVENTY-ONE	100	100	100	100
SEVENTY-TWO	100	100	100	100
SEVENTY-THREE	100	100	100	100
SEVENTY-FOUR	100	100	100	100
SEVENTY-FIVE	100	100	100	100
SEVENTY-SIX	100	100	100	100
SEVENTY-SEVEN	100	100	100	100
SEVENTY-EIGHT	100	100	100	100
SEVENTY-NINE	100	100	100	100
EIGHTY	100	100	100	100
EIGHTY-ONE	100	100	100	100
EIGHTY-TWO	100	100	100	100
EIGHTY-THREE	100	100	100	100
EIGHTY-FOUR	100	100	100	100
EIGHTY-FIVE	100	100	100	100
EIGHTY-SIX	100	100	100	100
EIGHTY-SEVEN	100	100	100	100
EIGHTY-EIGHT	100	100	100	100
EIGHTY-NINE	100	100	100	100
NINETY	100	100	100	100
NINETY-ONE	100	100	100	100
NINETY-TWO	100	100	100	100
NINETY-THREE	100	100	100	100
NINETY-FOUR	100	100	100	100
NINETY-FIVE	100	100	100	100
NINETY-SIX	100	100	100	100
NINETY-SEVEN	100	100	100	100
NINETY-EIGHT	100	100	100	100
NINETY-NINE	100	100	100	100
HUNDRED	100	100	100	100

RINGS OF TERNARY

TENSÃO NOMINAL		CORRENTE DE INICIAÇÃO	
220		70A	90A





NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Concessionária Energética do Paraná S.A.

Concentra Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50060-902
CNPJ 10.915.021/0001-08 | Fone: (81) 309648-32 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LAURINEY JOSE DA SILVA
RUA MAGDA VENEIA

CPF 320 487 774-49 NIS 12718421454

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SILVANO MELO 13 H

ZONA RURAL CAMPESINARIA RURAL
CARPINA PE
55810-000

CLASSIFICAÇÃO
EM RESIDÊNCIA
BAIXA RENDA COM FUS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSAO
105158471	1000 A	19/04/2020
DATA DE PAGAMENTO	Nº DO CANCELAMENTO	Nº DA INSTALACAO
18/04/2020	70073100020	4000711

CONTRA CONTINUTATO
4011146053
DATA DI VERSAMENTO
27/04/2020
VOTALE PRUDAT (201)

DATA DI NASCITA
04/2020
DATA DI VOTALE PRUDAT (201)
20/05/2020
0.25

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

RESUMO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo-TU50 até 30 kWh	10,00000000	0,00000000	0,00
Consumo-TU50 superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,00000002	0,00
Consumo-TU50 superior a 100 até 220 kWh	18,00000000	0,00000001	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	20,00000000	1,99999997	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,00000002	0,00
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	19,00000000	0,00000001	0,00
Taxa por atraso-RF (97296300 - 17612/2)			0,11
Juros por atraso-RF (97296300 - 17612/2)			0,08
Atualização ISPM-RF (97296300 - 17612/2)			0,08
TOTAL DA FATURA			

0.25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
ANTERIOR		ATUAL		DIFERENÇA		VALORES		CONSUMO (R\$)	
INTERIOR	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIFERENÇA	CONTADOR	VALOR	CONSUMO (R\$)
INTERIOR	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIFERENÇA	CONTADOR	VALOR	CONSUMO (R\$)
							1.0000		110,00

INSTRUMENTO DE CONSUMO

PERÍODO	VALOR
ABR 20	119
MAR 20	76
FEV 20	30
JAN 20	30
DEZ 19	30
NOV 19	30
OUT 19	30
SET 19	30
AGO 19	31
Jul 19	57
JUN 19	111
MAY 19	137
ABR 19	130

INFORMAÇÕES DE TURISMO

	SARE DE CÁLCULO	%	VALOR DO MERCADO	Outras despesas de Energia	R\$	% sobre o valor
ICMS				Transmissão	R\$ 0,00	0,00%
PIS	0,30	1,70	0,00	Distribuição (Cidade)	R\$ 0,00	0,00%
COFINS	0,50	4,40	0,00	Perdas de Energia	R\$ 0,00	0,00%
				Energia Setorial	R\$ 0,00	0,00%
				Estimada	R\$ 0,00	0,00%
				Total	R\$ 0,00	0,00%

One of the main reasons for the success of the program is the high level of participation of the community members. The program has been able to reach a large number of people, and the results have been very positive. The program has been able to reach a large number of people, and the results have been very positive.

Transmissão	R\$	0,00	0,00%
Distribuição (Cteje)	R\$	0,00	0,00%
Perdas de Energia	R\$	0,00	0,00%
Energia Setorial	R\$	0,00	0,00%
Tributos	R\$	0,00	0,00%
Total	R\$	0,00	0,00%

TAKING ACTION

TARIFAS APLICADAS	
Consumo TE superior a 300 até 150 kWh	0,00000000
Consumo TE superior a 150 até 225 kWh	0,00000000
Consumo TE até 225 kWh	0,00000000
Consumo TE superior a 225 até 300 kWh	0,00000000
Consumo TE superior a 300 até 450 kWh	0,00000000

57A 4002 D528 C 40C 7E4B B410

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

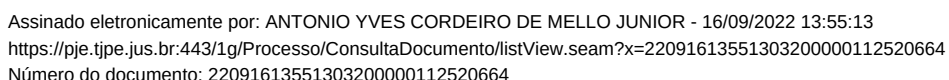
CONTAS EM ABERTO					
Vencido	Data de vencimento		Vencido	Data de vencimento	
Quilômetro	19/04/2017	24/04	Quilômetro	01/05/2017	06/05

IMUNIZAÇÃO E PREVENÇÃO DAS INTERFERÊNCIAS

POPULAÇÃO E PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
	CARPA CONTINTE	NOVO ABRIL	UNTO ABRIL	UNTO ABRIL	TENSÃO NOMINAL	UNTO DE TENSÃO DE
DO	1,0	8,1	13,1	21,2	100	100
DE	1,0	8,3	6,0	13,2	100	100
	1,2	2,1	6,0	6,0		

RINGS DE TENSÃO

NÚMERO DE TENTAS	
TENTAS NOMINAIS	DATA DE MATRÍCULA DE
220	1972 1970



Santa Casa de Recife

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 - Gelulha Vargem

No. Ocorrência:

Prontuário:

Nome: Maria Barbosa da Silva Filha

Idade: 77 Anos

Endereço: Rua Sítio Chã do Meio

Dt. Nasc.: 07/04/1949 Sexo: F. Est. Civil:

Cidade: Carpina

Bairro: Zona rural

CEP:

Documento: RG-7.969.138

CNS: - - -

Nac:

Mãe: Maria Barbosa da Silva

Sisprenatal:

Tel.: -

Profissão: -

Pai: -

Responsável: Vizinha

Últimas Ocorrências

Data	Nº 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

Tratamento

Paciente vítima de queda de moto, apresentando lesão, dor e deformidade em ombro E. Ao exame observamos a luxação

CO. Encaminhada ao Serviço de Traumatologia conforme protocolos do Ambulatório

regulação

1) Diferença 18 EU

Claudia Fabiana

COREN-PE 004.081.17

Dr. Michael Sarmiento F.

Médico

CRM-PB13265

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	TÉCNICO / COREN
	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
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>Alto das Flores</u>										
BAIRRO: <u>Zona Rural.</u>	CIDADE: <u>Caruaru.</u>									
Nº PRONTUÁRIO: <u>293328</u>	Nº CARTÃO SUS: _____									
ESTADO: <u>PE</u>										
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>16/06/2020</u>									
DATA DE ALTA: _____	DATA DO ÓBITO: _____									
NOME DO SOLICITANTE: <u>Filho -</u>										
GRAU PARENTESCO: _____										
DOCUMENTO APRESENTADOS: <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE</td> <td>☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO</td> <td>☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO</td> </tr> <tr> <td>☐ PROCURAÇÃO</td> <td>☐ DECLARAÇÃO DE ÓBITO</td> <td>☐ OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA</td> </tr> <tr> <td>☐ MANDADO JUDICIAL</td> <td>PROTESE: _____</td> <td>TIPO: _____</td> </tr> </table>		☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE	☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO	☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO	☐ PROCURAÇÃO	☐ DECLARAÇÃO DE ÓBITO	☐ OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA	☐ MANDADO JUDICIAL	PROTESE: _____	TIPO: _____
☐ 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									

Av. Gal. San Martin s/n - Cordeiro
Recife - PE - CEP: 530-080
Fone: 0XX 81.3184.5600
E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013



Santa Casa de Recife

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 - Gelulha Vargem

No. Ocorrência:

Prontuário:

Nome: Maria Barbosa da Silva Filha

Idade: 77 Anos

Endereço: Rua Sítio Chã do Meio

Dt. Nasc.: 07/04/1949. Sexo: F. Est. Civil:

Cidade: Carpiá

Bairro: Zona rural

CEP:

Documento: RG-7.969.138.

CNS:

Nac:

Mãe: Maria Barbosa da Silva

Sisprenatal:

Tel.:

Profissão:

Pai:

Responsável: Vizinha

Últimas Ocorrências

Data	Nº 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

Tratamento

Paciente vítima de queda de moto, apresentando lesão, dor e deformidade no ombro E. Ao exame observamos a luxação

CO. Encaminhada ao Serviço de Traumatologia conforme orientações do Ambulatório

regulação

1) Diferença 18 EU

Claudia Fabiana
COREN-PB 14.051.17

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	TÉCNICO / COREN
	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
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>Alto das Flores</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):	
HOSPITAL DIA: ()		CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: ()	
		SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()	
DATA DE INTERNAMENTO: <u>16/06/2020</u>	DATA DE CIRURGIA: <u>16/06/2020</u>	DATA DE ALTA: <u>16/06/2020</u>	DATA DO ÓBITO: <u>16/06/2020</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>2020</u>  ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL Nº DO RG OU CPF		

Av. Gal. San Martin s/n - Cordeiro
Recife - PE - CEP: 50.530-080
Fone: 0XX 81.3184.5600
E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013



793322

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.969.138 DATA DE EMISSÃO 14/03/2019

NOME << MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA >>

RELACIONADO << JOVINO BARBOSA DA SILVA >>

<< MARIA BARBOSA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 01/04/1949

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

PRAZERES-PE 28.02.1985 >>

RTP 327.868.084-72

ASSINADO EM LULA

LEI Nº 7.116 DE 20/06/2013

15190623-2207114586 856 1535

F-55 22 610 - III

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DA REGISTRAÇÃO CIVIL

EC-12

21-3

CARTERA DE IDENTIDADE

Maria Barbosa da Silva Filha

101



793322

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 1.969.138

14/03/2019

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA >>

<< JOVINO BARBOSA DA SILVA >>

<< MARIA BARBOSA DA SILVA >>

RECIFE - PE

01/04/1949

PRAZERES-PE 28.02.1985 >>

327.868.084-72

ASSIMILADO EM 1978

LEI Nº 7.116 DE 20/06/73

F-55 22 610 - III

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-12

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DA DEFESA SOCIAL

CARTERA DE IDENTIDADE

Maria Barbosa da Silva Filha

21-12





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETTRAN - PE		Nº 015771096206	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA 1 326067744		EXERCÍCIO 2020	
COB. RENAVAL		BILHETE	
LUIZ JOSE DE SANTANA		NOME	
CARPINA - PE		0	
780.451.854-49		PLACA PEJ3915	
780.451.854-49		CHASSI 9C2KC1650BR526525	
PAS / MOTOCICLETA		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 TITAN ESD		ANO FAB. 2011	
2P/149CL		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
1 IEVA 2020 QUITADO		VENC. COTA ÚNICA 1*	
V 1		2*	
A		3*	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0.05		IDF (R\$) 0.05	
PRÊMIO TOTAL (R\$) 0.10		DATA DE PAGAMENTO 28/02/20	
SEM RESERVA		DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO	
NÃO VALIDO PARA TRANSEFERENCIA		OBSERVAÇÕES	
CARPINA		12/03/20	
ROBERTO CARLOS MOREIRA FORTALEZA		12/03/20	
125098524		125098524	

DETTRAN		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
Nº 015771096206		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
LUIZ JOSE DE SANTANA		NOME	
CARPINA - PE		0	
780.451.854-49		PLACA PEJ3915	
780.451.854-49		CHASSI 9C2KC1650BR526525	
PAS / MOTOCICLETA		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 TITAN ESD		ANO FAB. 2011	
2P/149CL		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
1 IEVA 2020 QUITADO		VENC. COTA ÚNICA 1*	
V 1		2*	
A		3*	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0.05		IDF (R\$) 0.05	
PRÊMIO TOTAL (R\$) 0.10		DATA DE PAGAMENTO 28/02/20	
SEM RESERVA		DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO	
NÃO VALIDO PARA TRANSEFERENCIA		OBSERVAÇÕES	
CARPINA		12/03/20	
ROBERTO CARLOS MOREIRA FORTALEZA		12/03/20	
125098524		125098524	

DESTAQUE 2 GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 12/02/20

PLACA PEJ3915

RENAVAM 326067744

CHASSI 9C2KC1650BR526525

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 3.65

DENATRAM (R\$) 0.41

CUSTO DO SEGURO (R\$) 4.05

TOTAL (R\$) 12.30

DATA DE QUITAÇÃO 28/02/20

PAGAMENTO PARCELADO

COTA ÚNICA



**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. Nexa 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 Silva

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

04/02/2021

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

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

Dr. Ernani T. J. da Silva
FISIOTERAPEUTA
COFFITO: 198155-F

Ernani



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA BARBOSA DA SILVA FILHA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

