

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200392699

Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANUEL QUIRINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MANUEL QUIRINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008757**

Conta: **0000047671-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 056.743.174-61 4 - Nome completo da vítima: Manuel Quirino da Silva

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

5 - Nome completo: Manuel Quirino da Silva 6 - CPF: 056.743.174-61
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sítio Lafula 9 - Número: SN 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITÍMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 8754 CONTA: 47671 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestar-la, caso discordo do seu resultado.

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(bornozet)? ☐ 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 a quem se apresentar e provar 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 rúbrica pedido

36 - CPF legível de quem assina a rúbrica pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rúbrica pedido

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Este documento apresenta determinadas informações essenciais sobre a Conta Universal Itaú. Outras informações importantes para sua decisão de abrir uma conta conosco não estão transcritos ou sumarizados neste documento. Caso você tenha interesse em abrir uma conta no Itaú, deverá ler e aceitar a íntegra das Condições Gerais da Conta Universal Itaú ("Condições Gerais"), disponível em nossas agências e em itau.com.br.

1. Regras básicas: A Conta Universal Itaú ("conta") permite a movimentação, com um único número, de sua conta-corrente e conta-poupança. Você pode movimentar sua conta na agência e pelos canais de conveniência, tais como caixas eletrônicos, internet, telefone, celular ou tablet ou estabelecimentos conveniados. Sua conta acolherá depósitos, saques e débitos, bem como créditos ou débitos provenientes de transferências. A movimentação da conta pode ser feita mediante cartões, cheques, senhas de acesso e identificação biométrica, mas o fornecimento de folhas de cheques está sujeito à análise e aprovação pelo Itaú. Você pode abrir uma conta conjunta com outra pessoa, decidindo no momento da abertura se a movimentação da conta dependerá da autorização de ambos os titulares ou de apenas um deles. O Itaú pode debitar valores de sua conta nas situações autorizadas por você, inclusive para pagamento de operações de crédito. A utilização de serviços está sujeita à cobrança de tarifas, que podem ser consultadas na Tabela Geral de Tarifas afixada nas agências e em nosso site. São assegurados a você os serviços essenciais gratuitos, que são serviços básicos de movimentação e consulta da conta. Você tem a opção de contratar um pacote de serviços, que contempla uma quantidade adicional de serviços bancários. A utilização de serviços que exceder os essenciais ou aqueles incluídos no pacote eventualmente contratado será cobrada de forma individualizada.

2. Riscos, Medidas de Segurança e Controle: O Itaú adota tecnologias de segurança para ajudar a proteger sua conta, incluindo cartões com chip, que não permitem clonagem por serem criptografados, sistemas de identificação pessoal baseados em assinaturas, senhas, impressões digitais, códigos e outras informações de seu exclusivo conhecimento. No entanto, muitos dos riscos associados à manutenção de sua conta podem ser mitigados com a sua cooperação. a) Em caso de perda ou roubo de cartão, cheque ou senha, comunique imediatamente o Itaú por meio de nossos canais de atendimento. b) Guarde sua senha em local seguro, nunca a revele a terceiros e utilize equipamentos com sistemas de segurança atualizados em operações realizadas em canais eletrônicos. c) Quando necessário, solicite ao Itaú o imediato registro de oposição, contraordem a pagamento e cancelamento de cheques, observando a lei. Além disso, uma gestão consciente de seus recursos pode reduzir riscos de possíveis descontroles na movimentação de sua conta. Assim, (i) para evitar a emissão de cheques sem provisão de fundos e sua inclusão no CCF - Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos, sempre mantenha saldo disponível para liquidar cheques ainda não apresentados para pagamento e outros débitos pendentes; (ii) para lidar com indisponibilidades sistêmicas, bloqueios momentâneos e outras limitações de movimentação da conta, procure dispor de meios alternativos para pagamento de suas despesas imediatas; e (iii) caso opte pela contratação do serviço de adiantamento a depositante, use-o somente em situações emergenciais.

3. Informações Cadastrais: Você deverá manter seu cadastro atualizado, informando ao Itaú, sempre que solicitado, ou sempre que houver alteração, seus dados de renda, patrimônio, estado civil, telefone, endereço comercial, residencial e eletrônico e documentos de identificação apresentados na abertura da conta. As atualizações poderão ser efetuadas em qualquer agência Itaú. Seu endereço, telefone e e-mail podem ser atualizados também pela internet e pelo telefone. O Itaú poderá bloquear total ou parcialmente a movimentação de sua conta caso identifique a existência de dados desatualizados.

4. Contratação e rescisão: Para abrir sua conta, você deverá ler atentamente as Condições Gerais e preencher e assinar uma Proposta de Abertura de Conta, concordando com tais condições e escolhendo os serviços e autorizações disponíveis. Deverá apresentar os seguintes originais: (i) documento de identificação aceito pelo Itaú; (ii) comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); e (iii) comprovante de residência. A conta poderá ser encerrada, a qualquer tempo, por escrito, por você ou pelo Itaú. No ato da solicitação de encerramento, você deverá entregar ao Itaú as folhas de cheque que possuir ou apresentar declaração de que as inutilizou. Além disso, deverá manter na sua conta saldo suficiente para pagamento dos compromissos assumidos. O Itaú enviará a você, por correio ou por meio eletrônico, aviso com a data do efetivo encerramento da conta. Saiba mais sobre como tratamos dados pessoais nas Condições Gerais e na Política de Privacidade.

Consultas, informações e transações, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais ligue para o SAC: 0800



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03740.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03740.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:46 horas do dia 15 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Manuel Quirino da Silva**, CPF nº 056.743.174-61, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, filho(a) de Terezinha Neuman da Silva e Jose Quirino da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 02/02/1978 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cafula, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pedro Régis/PB, telefone(s) para contato (83) 98765-6168.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Cafula, Zona Rural, Pedro Régis/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/11/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

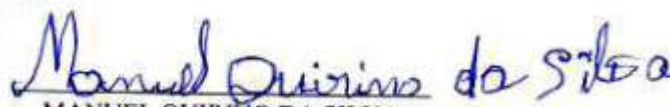
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/11/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2011, PLACA NQA-1694/PB, REGISTRADA EM NOME DE SEVERINO QUIRINO DA SILVA, NO SÍTIO CAFULA, PEDRO REGIS/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JORGE AUGUSTO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de setembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MANUEL QUIRINO DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 056.743.174-61 4 - Nome completo da vítima: Manuel Quirino da Silva

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

5 - Nome completo: Manuel Quirino da Silva 6 - CPF: 056.743.174-61
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sítio Lafula 9 - Número: SN 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITÍMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8754 CONTA: 47671 (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 do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestar-la, caso discordo do seu resultado.

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(bornar)? ☐ 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 a quem se apresentar e provar 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 rúbrica pedido

36 - CPF legível de quem assina a rúbrica pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rúbrica pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/12/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320039269901
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANUEL QUIRINO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000047671

Número da Autenticação

E75879B8B228D0D6EC4ABE5303548B767B5114185DD285F0092856E7931AC4C4

Source: CONGRESSIONAL BUREAU OF THE HOUSE OF REPRESENTATIVES
Class: H.P.M.C.B. - 2000-2001
Ligand: MONOPOLY
Ref.: 3-28-97-2000



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1121799-9

SAFARRE SUI PATRIM. INDEBITO AUTOMATICO UTI BANDO O CODIGO-88011217000



R\$ 25.02



26/09/2020



Set / 2020



12kWh

0.438MHz
MFR06D050
0.438MHz

Sujeito a corte!

Revised: 10/1/2010
 Date: 10/1/2010
 Time: 10:10:10

金 融 工 业 部 门 的 收 入 占 总 收 入 的 比 例 为 10.2%， 而 在 2007 年 则 为 11.2%， 这 说 明 金 融 工 业 部 门 的 收 入 在 总 收 入 中 的 比 重 有 所 增 加。

金 融 工 业 部 门 的 收 入 占 总 收 入 的 比 例 为 10.2%， 而 在 2007 年 则 为 11.2%， 这 说 明 金 融 工 业 部 门 的 收 入 在 总 收 入 中 的 比 重 有 所 增 加。

[illegible]

DOI Change & Classification Fee	DOI Fee	20.00	22.00	0.00	22.00	0.00	0.00
Tax & Fees	0.00						

4cef.d0f9.13f4.2c7b.913c.2c98.d442.925e

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Item	Valor (R\$)	Valor (R\$)	%
Salário	1.200,00	1.200,00	40,00
Aluguel	800,00	800,00	26,67
Seguro	200,00	200,00	6,67
Outros	100,00	100,00	3,33
Total	3.000,00	3.000,00	100,00

INDICADORES DE QUALIDADE

METRA	INENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas de oferta de energia em energia - DIC	12,38	0,00	24,71	49,42
Valor da oferta de energia em energia - DIC	7,74	0,00	15,47	30,95
Variação da maior oferta de energia em energia - DIC	6,19			
Variação da maior oferta de energia em energia - DIC	16,00			

ATENÇÃO

A leitura é realizada sempre na data indicada na sua cartela, luz direta, mantendo seu olho no local quando de diferentes locais, profissionais, independentemente do tamanho e da temperatura do animal. Seguir, instale placas em cada caso que se encontra no local. Os leitores passam continuamente para saber o local, mas não há ninguém melhor do que você para avaliar a melhor maneira.

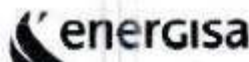
REANISO DE VENDIMENTO: Caso a fatura não seja paga imediatamente, a empresa é responsável por fornecer o produto.

podrà se suspensò a partir de 18/09/2020. Conforme

Resolução do ANEEL: o pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não existam em unidade consumidora para renovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura quinta e inclusão em plano de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subvenção DEO 7.903/13 de 3.45

(Resultado carbênio médio 4,784 a partir de 09/08/2020, conforme RSH nº 2.762/2020).

• Lettura confermata



Grupo: CONVENCIONAL/BAIXA TENSÃO/220v/60Hz/50A
Classe: COMATO 83/Subclasse: OUTROS SEM FIOS
Especie: MONOFASICO
Rótulo: 12,5, 20, 400 PFMEAS: 000007/1554



CONFIRMAR SUA RESERVA EM MENOS DE 15 DIAS ANTES DO CHECK-IN AUTOMATICAMENTE UTILIZANDO O CÓDIGO 800 117 10494

 VALOR DA FATURA R\$ 110,15	 VENCIMENTO 27/10/2020
 REFERÊNCIA Out / 2020	 CONSUMO 133kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

		DESCRITIVO						
CCI	Descrição	Quant	Tarifa Tribut	Valor Base Total (R\$)	Alíq ICMS (%)	ICMS Base Cálculo (R\$)	ICMS Base Cálculo ICMS (R\$)	ICMS Base Cálculo ICMS (R\$)
0001	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0012	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0013	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0014	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0015	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0016	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0017	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0018	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0019	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0020	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0021	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0022	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0023	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0024	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0025	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0026	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0027	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0028	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0029	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0030	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0031	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0032	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0033	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0034	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0035	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0036	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0037	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0038	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0039	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0040	REPRESENTAÇÃO	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Código de Classificação do Bem	TOTAL	110.15	102.87	26.22	154.91	0.88	3.22
Taxa do Tributo		0.502110					

RESERVADO AO FISCO 00eb.w30790e5.2e34.5ea4:817b.ada7.641

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Out19	214		Descrição	Valor (R\$)	%
Nov19	209		Consumo de Dist. da Energia Elé.	33,01	37,78
Dez19	219		Compra de Energia	53,01	59,06
Jan20	186		Consumo de Transmissão	4,90	5,27
Fev20	214		Consumo de Geração	9,37	6,78
Marc20	156		Impostos Oribita e Encargos	35,37	32,11
Abri20	126		Custo Serviço	0,00	0,00
Mai20	121		Total	110,15	100,00
Jun20	108		Encargos de Uso do Sistema de Transmissão (R\$ 0,00) (R\$ 2,62)		
Jul20	90				
Agos20	110				
Set20	160				
Out20	160				

LEITURAS

Atualizaç. 18/09/20 7452

Atualiz. 10/11/20 7495

Consumo 1336kWh

Período 37 dias

Constante da medidora 1

PRÓXIMA LEITURA

19/11/2020

[illegible]

ATENÇÃO

Parapresidente suscribió a Emergencia por la gente. Jirón de los Caracoles, cte. 400 Emergencia Ona
Whatsapp: (83) 99135 6040

STOLASPARADA - OUTUBRO/PADE ENA PRA SA - R 200 km 25 - Codo Redondo - Igarapé - PE - CEP 58071-680
(085) 336 095 110 / 336 40 - (Inq. Est. 16 015 123)

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica (7062.515-400) - Emissão: 20/10/2020
FISCAL (CONTA DE ENERGIA) fica disponível para consulta e pagamento a partir de 30/10/2020

PARASIL - País com preferência no Banco do Brasil

88.915000 00948.619176 6.8421000001 015

SAVIA - CIPICAPU 262 242 244-04
E 1577-SAL-ATZ MARCABESPA

Data de Vencimento: 7/10/2020	Valor do Documento: R\$ 110,15	Valor Pago
----------------------------------	-----------------------------------	------------



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 99.618/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Manuel Quirino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.743.174/61
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Manuel Quirino da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.743.174/61 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

TRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 275578

Atd: Nao Regu

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO EURIT

Data: 02/11/2019

Hora: 20:58:36

Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS

Clinica: ORTOPEDIA

FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

FAX:) - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.11.000203

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 708003823487426 Sexo: M IDENTIDADE: 2546104 Fone: 991557867

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 02/02/1978 Id: 41 ano(s)

End.: SITIO CAFULA,00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PEDRO REGIS UF: PB

Mae: TEREZINHA NEUMAN DA SILVA

Pai: JOSE QUIRINO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MANUEL QUIRINO DA SILVA

Res. Responsavel: 991557867 / IDENTIDADE: 2546104

Procedencia: HOSPITAL DE PEDRO REGIS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Lesão Principal

Observacao

TRAUMA NO FUNHO E

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

Queda moto

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

GF: EGA curvado, curvado

Nega uso drogas

Nega TC

Diagnostico

Giro axial, Inodoro

Conduta

Nega 2 dias de alcool

Prescricao

BSUB PESSOA B Bstava

Horario da medicacao

cd: Rx

*Dr. Flávio Henrique Loyola
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PB 10.215*



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcel Guano Data da Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD:

HDA:

POD + DEFORMIDADE PUNHO (ES)

REJ PT PUNHO (ES)

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Nome: Manoel Quirino da Silva		Registro:	
Idade: 41A	Sexo: M	Clinica: Traumatologia	EMP:
Cor:		LR:	
Data: 13/11/2019			
Cirurgião: Jorge Augusto			
Assistente: Alexandre Galvão			
Assistente: 2º Assistente:			
Instrumentador:			
Anestesiologista:			

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura do Rádio Distal	S52.5

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
Redução Cruenta + Fixação Interna	

Acidente durante Ato Cirúrgico:	1 () Sim	2 (X) Não
escreva:		
Ópsia de Congelação:	1 () Sim	2 (X) Não
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:		
(X) Enfermaria	2 () Terapia Intensiva	3 () Residência
4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

Rep. Ag. FZ-21, JOSE COSTA LUCHIE, 30th Legislature, 1995-1996

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço

Aspersia + Antisepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Includo:

Incisão em região volar e distal para ace

Dissecção por planos até foco de fratura

Acheados:

Visualização de fratura do rádio distal

Conducta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos

Aposição de 01 placa + 4 parafusos

Fecharmento:

Limpeza com SFA 0,9% de punho

Fechamento por planos

Curativo

Retirada de garroteamento de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

Obs:

Date: 13 / 11 / 2019

MEDICO/CAM



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO Burity



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Márcio Quirino da Silva			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO	
			Ortopedia			
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
02/11/2019		13/11/2019				
DIAGNÓSTICO DE INÍCIO					CID	
Fratura do Rádio Distal					S2.5	
DIAGNÓSTICO DE FIM						
O mesmo						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAL EXAME						
Exame do punho demonstrando solução de continuidade óssea do rádio distal						
TERAPIA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE FERIDA					COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
() SIM (X) NÃO						
RESULTADO DE ACERTE						
CONDICIONAMENTO DE ALTA						
(X) NÃO REMOVIDO () REMOVIDO () A PEDIDO () CUIDADO ()						
ÓBITO						

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução da fratura + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações em relação ao uso da medicação antiabiotica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar

MEDICAMENTOS PARA CASA: Vimovo ou Deocil

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

Dr. João Augusto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.717/PE
CBO 3620 - PE

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. DATA EMISSÃO DE
1054582 337 178

CPF
455 536 024-91

DATA NASCIMENTO
02/04/1967

FUNÇÃO
JOSEFA CERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO **REC.** **EXEMP.**
[] [] []

Nº IDENTIFIC. **VALIDADE** **SP. REGISTRAÇÃO**
00724153182 10/11/2019 06/04/1982

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

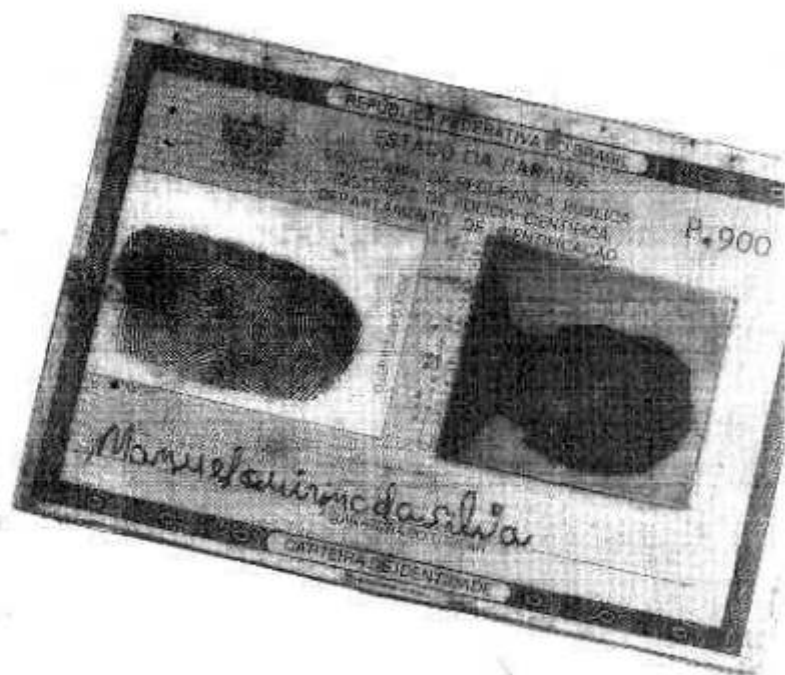
PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

ASSINATURA
[Assinatura]

LOCAL **DATA EMISSÃO**
1000 PESSOA, PB 11/11/2014

60376989469
PRO29545609

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200392699 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200392699 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Manoel Quirino da Silva brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Sit. Cam. bambé nº 512 bairro Centro Município de Pedra Branca Estado de(o) PR Cep 58278-000 portador(a) do Rg nº 2546304 SSP/ PR CPF nº 056.743.174-61

Outorgado: Jose Eduardo da Silva brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ademir Fiscal J. Costa Duali nº 157 bairro Mangabeira Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep 58056-384 portador (a) do RG nº 1054562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.004-93

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Manoel Quirino da Silva ocorrido em 02/11/19 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imobilidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 29 de outubro de 2020.

Manoel Quirino da Silva
Outorgante
CPF Nº 056.743.174-61

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311868/20

Número do Sinistro: 3200392699

Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA

CPF: 056.743.174-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: MANUEL QUIRINO DA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

MANUEL QUIRINO DA SILVA : 056.743.174-61

Autorização de pagamento

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: 18/11/2020

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311868/20

Vítima: MANUEL QUIRINO DA SILVA

CPF: 056.743.174-61

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

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: MANUEL QUIRINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

MANUEL QUIRINO DA SILVA : 056.743.174-61

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: 03/11/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA