
Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011431

Vítima: JOSE ALVES NETO

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALVES NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011431

Vítima: JOSE ALVES NETO

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES NETO

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 joelho 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: JOSE ALVES NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001061-8

Conta: 000010018234-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 238.733.294-68 4 - Nome completo da vítima: José Aluís Neto

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

5 - Nome completo: José Aluís Neto 6 - CPF: 238.733.294-68
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Teófilo Tonnes
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Flomesta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99634-4904

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 18.234 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Serra Talhada 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0277001316**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **11:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/10/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 2, PAULO PESSOA GUERRA -**
Bairro: **CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE DA**
HONDA
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ ALVES NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ ALVES NETO

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

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

JOSÉ ALVES NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANTONIO ANGELICA DE SÁ Pai: JOÃO JOSÉ DE SÁ Data de Nascimento: **8/5/1953** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2034479/SDS/PE (RG), 23873329468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 184, TEOFANES TORRES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

BICICLETA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ALVES NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALVES NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

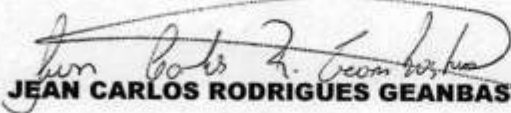
Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ALVES NETO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE FORA VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO. SEGUNDO O NOTICIANTE NO DIA 02, DE OUTUBRO DE 2019, NA CIDADE DE FLORESTA -PE, ENQUANTO CAMINHAVA COM SUA BICICLETA PELA RUA DA CIDADE, UMA MOTO, AINDA NÃO IDENTIFICADA, O ATROPELOU. POR CONSEQUINTE, ELE FORA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE, ONDE RECEBEU O ATENDIMENTO DEVIDO. DE MODO QUE, FORA CONSTATADO QUE ALÉM DE VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, HOVE, TAMBÉM, A QUEBRA DE UMA DAS PERNAS. MOTIVO QUE LEVOU A ELE TER DE FAZER UMA CIRURGIA EM SERRA TALHADA-PE. DESTA FORMA, PRESTA O BOLETIM DE OCORRÊNCIA, A FIM DE QUE AS MEDIDAS CABÍVEIS POSSAM SER REALIZADAS.

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

JOSÉ ALVES NETO
(VITIMA)

B.O. registrado por:



JEAN CARLOS RODRIGUES GEANBASTIANE - Matrícula: **3875237**

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: 238.733.294-68 4 - Nome completo da vítima: José Aluís Neto

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

5 - Nome completo: José Aluís Neto 6 - CPF: 238.733.294-68
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Teófilo Tonnes 9 - Número: 184 A 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (87) 99634-4907

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 18.234 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Serra Talhada 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL 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: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320001143101

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES NETO

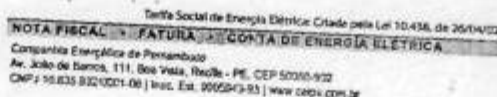
BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061

CONTA: 000010018234

Número da Autenticação

0F5807B1BD5FCC04



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TEÓFANES TORRES 184 A

CENTRO FLORESTA
FLORESTA PE
554.00.000

CONTINUA PAGADO	RECIBIDO
0690834023	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
01/10/2019	07/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	155,15

RP DA MOVA PESSOAL	RUBICA	NUMERO
075836879	UNICA	04/08/2018
APPROPRIACAO	RP DO CLIENTE	RP DA ATIVIDADE
04/08/2018	2002198481	1125153

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(WWh)	184.0000000	0,77952320	177,84
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,20
Contrib. Ium. Pública Municipal			11,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 084349107- 04/08/19			1,24
Multa por atraso-NF 084349107- 04/08/19			2,88
Juros por atraso-NF 084349107- 04/08/19			1,58
Atualização IGP-M-NF 084349107- 04/08/19			0,82
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA DATA FISCAL										155.1
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FÁSCULA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
31812687	CAT	28-08-2018	11 479,00	04-09-2018	11 642,00	30	1,00000	-	184,00	

RECORDEO DE SEPTIEMBRE
 Monday 01
 Tuesday 02
 Wednesday 03
 Thursday 04
 Friday 05
 Saturday 06
 Sunday 07
 Monday 08
 Tuesday 09
 Wednesday 10
 Thursday 11
 Friday 12
 Saturday 13
 Sunday 14
 Monday 15
 Tuesday 16
 Wednesday 17
 Thursday 18
 Friday 19
 Saturday 20
 Sunday 21
 Monday 22
 Tuesday 23
 Wednesday 24
 Thursday 25
 Friday 26
 Saturday 27
 Sunday 28
 Monday 29
 Tuesday 30

RESUMEN DE GASTOS

DESCRIPCION DE GASTOS	MON DE SEPTIEMBRE	%	MON DE SEPTIEMBRE
COMIDA	117.14	25.00	36.26
TRANSPORTE	127.14	0.01	1.31
OTROS	112.54	1.72	5.58

RESUMEN DE INGRESOS

DESCRIPCION DE INGRESOS	MON DE SEPTIEMBRE	%	MON DE SEPTIEMBRE
Salario de Empleado	45	17.30	34.50
Intereses	45	4.75	3.40
Donaciones (Cajon)	45	28.71	20.26
Provision de Empleado	45	5.07	3.74
Provision de Empleado	45	9.72	7.27
Provision de Empleado	45	40.45	29.72
Total	45	132.54	98.88

RESUMEN DE GASTOS

DESCRIPCION DE GASTOS	MON DE SEPTIEMBRE	%	MON DE SEPTIEMBRE
COMIDA	117.14	25.00	36.26
TRANSPORTE	127.14	0.01	1.31
OTROS	112.54	1.72	5.58

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELULA INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

DURAÇÃO E PRODUÇÃO DAS REINTERPRETAÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
COLAGEM	TEMPO 1200	TEMPO REINTE	TEMPO TENSÃO	TEMPO ATUAL	TENSÃO CENTRAL (N)	TEMPO DE REINTE (N)	TEMPO DE TENSÃO (N)
DAC	0,00	5,00	11,82	23,64	220	202	231
PCB	0,00	3,30	6,60	13,20			
DWDC	0,00	3,30	0,00	0,00			

CONTA CONTRATADA 0690634073 MÊS/MANO 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 01/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 155,15





Terça Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE CEP 50050-602
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0305843-83 | www.cepge.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 388 710 384-15

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEYSERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50912-130

074936430	UNICA	26/08/2019
28/06/2019	2000138269	3672821

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (WVR)			92,27
Acréscimo Bandeira AMARELA	118,00000000	0,77548172	0,48
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,44
Conto. Ium. Pública Municipal			4,63
ICMS Subvenção-COE-NF 087383544 - 25/08/19			0,82
Multa por atraso-NF 087383544 - 25/08/19			1,82
Juros por atraso-NF 087383544 - 25/08/19			0,86
Avaliação IGPM-NF 087383544 - 25/08/19			0,80
PRO-CRIANÇA-(081)3412-8988 DMO 031 8988			0,93

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEMÓRIAS	TIPO DA FUNÇÃO	ANTIGUIDADE		ATUAL		Nº DE OMS	CONSTANTE	AJUSTE	CONTINUIDADE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
30/01/2018	CAT	25.07.2018	18 045,00	26.08.2018	18 138,00	77	1,0000		118,00

DATA	VALOR DO EMPRESTIMO	VALOR DO PAGAMENTO	%	VALOR DO SALDO
01/01/1980	100,00	10,00	10,00	90,00
01/02/1980	90,00	9,00	10,00	81,00
01/03/1980	81,00	8,10	10,00	72,90
01/04/1980	72,90	7,29	10,00	65,61
01/05/1980	65,61	6,56	10,00	59,05
01/06/1980	59,05	5,90	10,00	53,15
01/07/1980	53,15	5,31	10,00	47,84
01/08/1980	47,84	4,78	10,00	43,06
01/09/1980	43,06	4,30	10,00	38,76
01/10/1980	38,76	3,87	10,00	34,89
01/11/1980	34,89	3,48	10,00	31,41
01/12/1980	31,41	3,14	10,00	28,27
01/01/1981	28,27	2,82	10,00	25,45
01/02/1981	25,45	2,54	10,00	22,91
01/03/1981	22,91	2,29	10,00	20,62
01/04/1981	20,62	2,06	10,00	18,56
01/05/1981	18,56	1,85	10,00	16,71
01/06/1981	16,71	1,67	10,00	15,04
01/07/1981	15,04	1,50	10,00	13,54
01/08/1981	13,54	1,35	10,00	12,19
01/09/1981	12,19	1,21	10,00	10,98
01/10/1981	10,98	1,09	10,00	9,89
01/11/1981	9,89	0,98	10,00	8,91
01/12/1981	8,91	0,89	10,00	8,02
01/01/1982	8,02	0,80	10,00	7,22
01/02/1982	7,22	0,72	10,00	6,50
01/03/1982	6,50	0,65	10,00	5,85
01/04/1982	5,85	0,58	10,00	5,27
01/05/1982	5,27	0,52	10,00	4,75
01/06/1982	4,75	0,47	10,00	4,28
01/07/1982	4,28	0,42	10,00	3,86
01/08/1982	3,86	0,38	10,00	3,48
01/09/1982	3,48	0,34	10,00	3,14
01/10/1982	3,14	0,31	10,00	2,82
01/11/1982	2,82	0,28	10,00	2,54
01/12/1982	2,54	0,25	10,00	2,29
01/01/1983	2,29	0,22	10,00	2,06
01/02/1983	2,06	0,20	10,00	1,85
01/03/1983	1,85	0,18	10,00	1,67
01/04/1983	1,67	0,16	10,00	1,50
01/05/1983	1,50	0,15	10,00	1,35
01/06/1983	1,35	0,13	10,00	1,21
01/07/1983	1,21	0,12	10,00	1,09
01/08/1983	1,09	0,10	10,00	0,98
01/09/1983	0,98	0,09	10,00	0,89
01/10/1983	0,89	0,08	10,00	0,80
01/11/1983	0,80	0,07	10,00	0,72
01/12/1983	0,72	0,06	10,00	0,65
01/01/1984	0,65	0,05	10,00	0,58
01/02/1984	0,58	0,05	10,00	0,52
01/03/1984	0,52	0,04	10,00	0,47
01/04/1984	0,47	0,04	10,00	0,42
01/05/1984	0,42	0,03	10,00	0,38
01/06/1984	0,38	0,03	10,00	0,34
01/07/1984	0,34	0,03	10,00	0,31
01/08/1984	0,31	0,02	10,00	0,28
01/09/1984	0,28	0,02	10,00	0,25
01/10/1984	0,25	0,02	10,00	0,22
01/11/1984	0,22	0,02	10,00	0,20
01/12/1984	0,20	0,01	10,00	0,18
01/01/1985	0,18	0,01	10,00	0,16
01/02/1985	0,16	0,01	10,00	0,15
01/03/1985	0,15	0,01	10,00	0,14
01/04/1985	0,14	0,01	10,00	0,13
01/05/1985	0,13	0,01	10,00	0,12
01/06/1985	0,12	0,01	10,00	0,11
01/07/1985	0,11	0,01	10,00	0,10
01/08/1985	0,10	0,01	10,00	0,09
01/09/1985	0,09	0,01	10,00	0,08
01/10/1985	0,08	0,01	10,00	0,07
01/11/1985	0,07	0,01	10,00	0,06
01/12/1985	0,06	0,01	10,00	0,05
01/01/1986	0,05	0,01	10,00	0,04
01/02/1986	0,04	0,01	10,00	0,03
01/03/1986	0,03	0,01	10,00	0,02
01/04/1986	0,02	0,01	10,00	0,01
01/05/1986	0,01	0,01	10,00	0,00

645A E50E B220 6090 8E20 D013 E604 88A

[illegible]

ATENÇÃO: A GELFE SUZANA QUE VOCÊ CONSULTA AS CONTAS EM NOSSA

IN AT 15 DIAS, DEVIDO EXISTENTES CAUSANDO COMTE

Esta comunicação não inclui subsídios a nível de iniciativa anterior ou a nível de tratamento estatístico ou diagnóstico adicional. Caso o diagnóstico de humectação do nariz seja difícil de obter, o médico deve considerar a possibilidade de um tumor do nariz ou, no caso de tumores do nariz, a possibilidade de um tumor do nariz. Também é possível que o diagnóstico de um tumor do nariz seja difícil de obter, mas como o tumor não responde ao tratamento com o SPC, a SPC é a SPC.

CONCEPTO	VALOR ANUAL APROX	COSTO MEDIO	COSTO TRIMESTRAL	COSTO DIARIO
ENC	0,00	5,43	12,06	21,73
ENC	0,00	3,02	6,80	13,20
ENC	0,00	3,11	0,00	

LINEA DIORE 12,22

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE TENSÃO (V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO 2278078019 MÊS/MANO 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 02/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 838900000001-3 08/2019

108,00



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Alves Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Alves Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Peçurou Renda: Peçurou 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 Francisco Olayo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>TPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56912-130</u>	Tel. (DDD):

Local e Data: Serra Talhada 27.12.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Alves Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Alves Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 238.733.294 - 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Peçurou Renda: Peçurou 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 Francisco Olayo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>TPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56912-130</u>	Tel. (DDD):

Local e Data: Serra Talhada 27.12.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

Prefeitura Municipal de
Floresta

Com o povo, construindo um novo tempo.



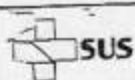
Acidente de
Moto

HOSPITAL CORONEL ÁLVARO FERRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Atendente
CPF 402.303.854-34
Matr. 233.242-6

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/10/19	HORA: 14:40	CARTÃO SUS:
NOME: José Alves Neto		
DATA NASCIMENTO: 08/05/53	IDADE: 66	SEXO: M
ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Aposentado	
MÃE: Antônio Angélica de Sá		
PAI: João José de Sá		
ENDEREÇO: R. Bedames Torres, nº 384	BAIRRO: Centro	
MUNICÍPIO: Floresta	FONE:	CPF:
RG:		
RAÇA/COR:	BRANCA	PRETA
	☒ PARDA	AMARELA
	INDÍGENA	
P.A: 130x80	PULSO:	HGT:
TEMP:	PESO:	
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX
IMOBILIZAÇÃO	ECG	SUTURA
VÍTIMA DE ACIDENTE:	☒ SIM	NÃO
MORDIDA DE ANIMAIS:	☒ SIM	NÃO
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: Paciente refere acidente de trânsito e apresenta dor e deformidade em região do 1.º Metacarpo Dedos Esquerda. Exatidão Rx do Dedo Esquerdo, 1.º Metacarpo		
TRATAMENTO: @ Dexamet - 4mg / 12h @ Voltaren - 75mg / 12h * Auscultação do Dr. Carlos Miranda		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: T7/L9		CARIMBO E ASSINATURA: Dr. Joberval de B. Carvalho Médico CRM-PE: 10.157
DESTINO DO PÁCIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA
TRANSFERIDO	EVASÃO	
REMOVIDO PARA HOSPITAL:	HORA:	SENHA:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE ALVES NETO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

00168050

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 8 7 0 0 1 9 8 7 6 6 7 9 7

8 - DATA DE NASCIMENTO

08 / 05 / 1953

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - ESTADO CIVIL

PARRA

11 - NOME DA MÃE

ANTONIA ANGELICA DE SA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA TEOFANES TORRES N 184 CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORESTA

17 - COD. INGE. MUNICÍPIO

2605707

18 - UF

P

19 - CEP

5 6 4 0 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura em MTC com, dor, edema e limitação funcional de punho e dedos e mobilidade preservada

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

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

Radiografia e exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura plavio lateral

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Artroscopia do punho lateral

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050554

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

Dr. João Carlos de Almeida

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/10/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

Dr. Pereira de Andrade Melo

CPF: 53.72.214-15 CRM: 2003

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

Dr. João Carlos de Almeida

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

02/12

28.10 a 31.10.19



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 28/10/2019

Atendimento: 0025848

Quarto/leito: 306 / 1

Paciente: 00168050 - JOSE ALVES NETO

Cirurgia Realizado:

N. do Procedimento:

Osteossintese
Pêlo Hérnia

0408050551

Data: 30/10/19

Início:

Término

Cirurgião: Rudes

1º Auxiliar: Rudes

2º Auxiliar:

Anestesista: C. O. V. S.

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

Abertura da parede abdominal
 01. E. Pericardio e face interna. Hérnia
 02. Pericardio e face externa. Hérnia
 03. Pericardio e face interna. Hérnia
 04. Pericardio e face externa. Hérnia
 05. Pericardio e face interna. Hérnia
 06. Pericardio e face externa. Hérnia
 07. Pericardio e face interna. Hérnia
 08. Pericardio e face externa. Hérnia
 09. Pericardio e face interna. Hérnia
 10. Pericardio e face externa. Hérnia
 11. Pericardio e face interna. Hérnia
 12. Pericardio e face externa. Hérnia
 13. Pericardio e face interna. Hérnia
 14. Pericardio e face externa. Hérnia
 15. Pericardio e face interna. Hérnia
 16. Pericardio e face externa. Hérnia
 17. Pericardio e face interna. Hérnia
 18. Pericardio e face externa. Hérnia
 19. Pericardio e face interna. Hérnia
 20. Pericardio e face externa. Hérnia
 21. Pericardio e face interna. Hérnia
 22. Pericardio e face externa. Hérnia
 23. Pericardio e face interna. Hérnia
 24. Pericardio e face externa. Hérnia
 25. Pericardio e face interna. Hérnia
 26. Pericardio e face externa. Hérnia
 27. Pericardio e face interna. Hérnia
 28. Pericardio e face externa. Hérnia
 29. Pericardio e face interna. Hérnia
 30. Pericardio e face externa. Hérnia
 31. Pericardio e face interna. Hérnia
 32. Pericardio e face externa. Hérnia
 33. Pericardio e face interna. Hérnia
 34. Pericardio e face externa. Hérnia
 35. Pericardio e face interna. Hérnia
 36. Pericardio e face externa. Hérnia
 37. Pericardio e face interna. Hérnia
 38. Pericardio e face externa. Hérnia
 39. Pericardio e face interna. Hérnia
 40. Pericardio e face externa. Hérnia
 41. Pericardio e face interna. Hérnia
 42. Pericardio e face externa. Hérnia
 43. Pericardio e face interna. Hérnia
 44. Pericardio e face externa. Hérnia
 45. Pericardio e face interna. Hérnia
 46. Pericardio e face externa. Hérnia
 47. Pericardio e face interna. Hérnia
 48. Pericardio e face externa. Hérnia
 49. Pericardio e face interna. Hérnia
 50. Pericardio e face externa. Hérnia
 51. Pericardio e face interna. Hérnia
 52. Pericardio e face externa. Hérnia
 53. Pericardio e face interna. Hérnia
 54. Pericardio e face externa. Hérnia
 55. Pericardio e face interna. Hérnia
 56. Pericardio e face externa. Hérnia
 57. Pericardio e face interna. Hérnia
 58. Pericardio e face externa. Hérnia
 59. Pericardio e face interna. Hérnia
 60. Pericardio e face externa. Hérnia
 61. Pericardio e face interna. Hérnia
 62. Pericardio e face externa. Hérnia
 63. Pericardio e face interna. Hérnia
 64. Pericardio e face externa. Hérnia
 65. Pericardio e face interna. Hérnia
 66. Pericardio e face externa. Hérnia
 67. Pericardio e face interna. Hérnia
 68. Pericardio e face externa. Hérnia
 69. Pericardio e face interna. Hérnia
 70. Pericardio e face externa. Hérnia
 71. Pericardio e face interna. Hérnia
 72. Pericardio e face externa. Hérnia
 73. Pericardio e face interna. Hérnia
 74. Pericardio e face externa. Hérnia
 75. Pericardio e face interna. Hérnia
 76. Pericardio e face externa. Hérnia
 77. Pericardio e face interna. Hérnia
 78. Pericardio e face externa. Hérnia
 79. Pericardio e face interna. Hérnia
 80. Pericardio e face externa. Hérnia
 81. Pericardio e face interna. Hérnia
 82. Pericardio e face externa. Hérnia
 83. Pericardio e face interna. Hérnia
 84. Pericardio e face externa. Hérnia
 85. Pericardio e face interna. Hérnia
 86. Pericardio e face externa. Hérnia
 87. Pericardio e face interna. Hérnia
 88. Pericardio e face externa. Hérnia
 89. Pericardio e face interna. Hérnia
 90. Pericardio e face externa. Hérnia
 91. Pericardio e face interna. Hérnia
 92. Pericardio e face externa. Hérnia
 93. Pericardio e face interna. Hérnia
 94. Pericardio e face externa. Hérnia
 95. Pericardio e face interna. Hérnia
 96. Pericardio e face externa. Hérnia
 97. Pericardio e face interna. Hérnia
 98. Pericardio e face externa. Hérnia
 99. Pericardio e face interna. Hérnia
 100. Pericardio e face externa. Hérnia

Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF: 053.552.003-25



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 28/10/2019		Atendimeto: 0025848		Quarto/leito: 306 / 1	
Paciente: 00168050 - JOSE ALVES NETO					
Data Nasc: 08/05/1953		Idade: 66 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Casado		Profissão: APOSENTADO		Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Mãe: ANTONIA ANGELICA DE SA		Nome Pai: JOAO JOSE DE SA	
Endereço: RUA TEOFANES TORRES, 184		- CENTRO		- FLORESTA - PE	
Telefones: (87) 3877.1801 / ()		/ (87) 9962.19204			
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante: , 0		Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FISICO:					
História de Doença: MIE, trauma fratura de, não suportada fratura de MIE					
Diagnostico Inicial: FRAT. PLATO TIBIAL (E)					
SADT:					
Diagnostico Final: Frat. plato tibia (E)					
Condição de Alta		Motivo de Alta		Data do Internamento: 28, 10, 19	
Melhorada (✓)		Descrição Médica (✓)		Data da Alta: 31 / 10 / 19	
Inalterado ()		Alta a Pedido ()		Local: _____	
Piorando ()		Transferencia ()		Medico Responsavel	
Obito + 48h ()		Evasão ()		_____	
Obito - 48h ()		Indisciplina ()		_____	
Obito em ____ / ____ / ____		Hora: _____		_____	

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA
MÉDICO SOLICITANTE
JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

DATA DA SOLICITAÇÃO
22/10/19 13:17

Nº SOLICITAÇÃO
635600

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
JOSE ALVES NETO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO
08/05/1953

Nº DO PROPRIÁRIO:

SEXO
MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ANTONIA ANGELICA DE S'PA

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TEOFANES TORRES, 184, CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
FLORESTA

COD. BGE MUNICÍPIO:
2605707,00

UF
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO
27/10/19 16:40

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO

TIPO LEITO:
CIRURGICO

ESPECIALIDADE
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
27/10/19 16:33

MÉDICO AUTORIZADOR:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE REGISTRAÇÃO E CARTEIRAS

E-12 R 01

IMAGEM DO TITULAR

Jose Alves Neto

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

CIC

NASCIMENTO: 08.05.53

REGISTRO NO CPF: 238 733 294-68

CONTRIBUINTE: JOSE ALVES NETO

Jose Alves Neto
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.034.479 11/12/2007

NOME: << JOSÉ ALVES NETO >>

FILIAÇÃO: << JOÃO JOSÉ DE SÁ >>
<< ANTONIA ANGELICA DE SÁ >>

NATURALIDADE: FLORESTA - PE DATA DE NASCIMENTO: 08/05/1953

DOC ORIGEM: << CC.083 L.02 F.224 CART. FLORESTA-PE 09.11.1993 >>

CPF: 238.733.294-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.316 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFLUÊNCIAS ECONÔMICAS FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Jose Alves Neto

DE: ROSANA MENEZES

RUA: JOCA MAGALHÃES

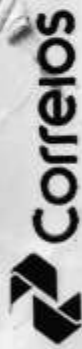
661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.903.480

Reembalado



Reacondicionado

Reembalado



Reacondicionado

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



Correios	AR	MP	SEDEX
PESO (kg) 1,67			
Recebedor			
Assinatura			
OD 14004316 5 BR			
FC0917/37			

10/00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200011431

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES NETO

Data do acidente: 02/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.3_CIRURGIA

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 joelho	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: 3200011431

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES NETO

Data do acidente: 02/10/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.3_CIRURGIA

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

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

1. Outorgante José Alves Neto
portador(a) do documento de identidade nº 2.034.479, expedido por SDS-PE, em
11/12/2007 inscrito no CPF sob o nº 238.733.294-68, residente na
Rua Teofanes Torres, nº 184 A
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Floresta, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE

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

Floresta-PE 07 de Novembro 2019

Outorgante

X Jose Alves Neto



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feltosa Simões Ferreira

Rua Alcides Torres de Azevedo, 86 - Floresta/PE - CEP: 55490-000 - Fone/Fax: (37) 3577-1026 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE ALVES NETO, dou

fé, Floresta-PE, 20/11/2019

Em testemunha da verdade. SILMARA DO

NASCIMENTO, Escrivente. Emol.: R\$ 3,39 TSWR: R\$

0,80 FERC: R\$ 0,40 FERM: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$

0,08 ISS: R\$ 0,20 TOTAL: R\$ 4,91. Selo:

0076810.ICN11201901.00794. Consulte a

autenticidade em <www.tpe.jus.br/selodigital>.



Silmara do Nascimento

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010386/20

Vítima: JOSE ALVES NETO

CPF: 238.733.294-68

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ALVES NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

JOSE ALVES NETO : 238.733.294-68

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: 08/01/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA