
Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390608

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 10/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDUARDO DA SILVA SOARES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390608

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 10/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO DA SILVA SOARES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **EDUARDO DA SILVA SOARES**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000003217-4**

Conta: **0000038222-1**

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,



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: 707.898.974-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

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

5 - Nome completo: EDUARDO DA SILVA SOARES 6 - CPF: 707.898.974-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SI REDEMOINHO 9 - Número: 105 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CHA DE ALEGRIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55835-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99341-6388

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 99941846
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 27 DE OUTUBRO DE 2020

Eduardo da Silva Soares

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
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E2093000297**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/10/2020** às **11:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/5/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BARBOSA LIMA SOBRINHO, 1 - Bairro: CENTRO - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DEUSA DE SOUSA VELOSO (OUTRO)
EDUARDO DA SILVA SOARES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO DA SILVA SOARES**

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

EDUARDO DA SILVA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSINETE MARINETE DA SILVA Pai: JOSUE SOARES BARBOSA Data de Nascimento: 28/6/1999 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9881794/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA DE ALEGRIA, 105, SITIO REDEMOINHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DEUSA DE SOUSA VELOSO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA DEUSA DE SOUSA VELOSO, que estava em posse do(a) Sr(a): EDUARDO DA SILVA SOARES
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DOH4202 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA VINHA NA MOTOCICLETA CITADA, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA RUA MENCIONADA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR FORTEMENTE AO CHÃO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O H.O.F, ATENDIMENTO NUMERO 3450778, E PRONTUARIO 1111001, CASO AFETO A DELEGACIA DE CHÃ DE ALEGRIA-PE.

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

Eduardo da Silva Soares

EDUARDO DA SILVA SOARES

(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** - Matrícula: **159741-8**



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: 707.898.974-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

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

5 - Nome completo: EDUARDO DA SILVA SOARES 6 - CPF: 707.898.974-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SI REDEMOINHO 9 - Número: 105 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CHA DE ALEGRIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55835-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99341-6388

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 99941846
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 27 DE OUTUBRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320039060803

VALOR TOTAL:

3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO DA SILVA SOARES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03217

CONTA: 000000038222

Número da Autenticação

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARINETE AMELIA DA SILVA
CPF: 712.431.514-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI REDEMOINHO 105

ZONA RURAL CHA DE ALEGRIA/CHA DE ALEGRIA RURAL
55835-000 CHA DE ALEGRIA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

28/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

91,17

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/09/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/09/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

125111351

CONTA CONTRATO

004000977859

Nº DO CLIENTE
2901807868

Nº DA INSTALAÇÃO
0000961616

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9903.33A3.1492.A049.3360.274B.3715.4AB7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	102,00	0,46858745	47,80
Consumo Ativo(kWh)-TE	102,00	0,36429296	37,15
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,49
ICMS Subvenção-CDE-NF 117094729-22/07/20			0,73
TOTAL DA FATURA			91,17

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
84,95	25,00	21,23	84,95	1,06	0,90
			84,95	4,99	4,23

APÓS 08/10/2020, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resv	Valor
27/08/20	21/09/20	75,51

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,32218080
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25118080

HISTÓRICO DO CONSUMO

				kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32218080	SET 20		102
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118080	AGO 20		83
		JUL 20		119
		JUN 20		96
		MAI 20		103
		ABR 20		106
		MAR 20		99
		FEV 20		110
		JAN 20		90
		DEZ 19		115
		NOV 19		92
		OUT 19		102
		SET 19		81

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	25,96	35,58
Transmissão	3,68	4,33
Distribuição (Celpe)	19,12	22,51
Encargos Setoriais	3,69	4,34
Tributos	26,36	31,93
Perdas de Energia	6,14	7,23
TOTAL	84,95	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
NQ26723	CAT	20/08/2020	17.163,00	21/09/2020	17.265,00	32	1,00000	0,00	102,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/10/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
jul/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	GLORIA DO GOITA	3,01	11,01	22,03	44,07
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,57	15,34	39,59
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		3,01	5,98	0,90	0,90
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,68
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 32,96					
Tudo Consumidor pode solicitar a aguração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Cesta menor preço: r pres joao pessoa 186 centro / mercadinho tradição: rua joão pessoa 28 centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004000977859	09/2020	91,17	28/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

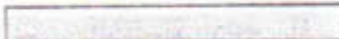
Data e hora retirada da senha: 10/05/2020 19:49

Nome Paciente:	EDUARDO DA SILVA SOARES
Cód. Paciente:	1111001
Data de Nascimento:	28/06/1999
Sexo:	Masculino
Idade:	20
Senha:	EA0037
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3450778 
SAME:	1111001

Período: 10/05/2020 19:55 - 10/05/2020 19:56

KATIA MILENA PINTO GODOY - COREN: 104198 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DE MOTO. APRESENTA MSE E MID COM DOR E EDEMA.
(FRATURA?)

Observação: NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: KATIA MILENA PINTO GODOY - COREN: 104198 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/05/2020 19:56



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: EDUARDO DA SILVA SOARES
Sexo: MASCULINO
Mãe: ROSINETE MARINETE DA SILVA
Endereço: SITIO ALVORADA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: CHA DE ALEGRIA - UF: PE
Idade: 21 Anos 3 Meses 3 Dias
CNS: 898003495952545
Contatos: 81. 85370497 | Celular: 81.
Nasc. 28/06/1999

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 10/05/2020 19:49
Prontuário: 1111001
Nº. Atendimento: 3450778
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
RENATO OLIVEIRA ALBURQUERQUE DE LIMA

Admissão

Queixa Principal

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, DOR EM CLAVÍCULA ESQUERDA E TORNOZELO DIREITO

História Clínica

AC MOTO

Exame Físico

REGIÃO CLAVICULAR ESQ: DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
REGIÃO TORNOZELO DIR: DOR E EDEMA

Observações

RX CLAVÍCULA ESQUERDA; LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA
RX TORNOZELO DIREITO; LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E FRATURA A NÍVEL DO PÉ

Conduta

INTERNAMENTO

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº.9028

Data/Hora: 10/05/2020 - 21:43



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:
EDUARDO DA SILVA SOARES

Idade:
21 Anos 3 Meses 3 Dias

Prontuário
1111001

Atendimento: Dt Atend:
3450828 11/05/2020

Receituário

SOLICITO:

1. RX DO TNZ D AP/PERFIL
2. RX DO PÉ D AP/OBLÍQUO
3. RX DA CLAVÍCULA E AP/ AP 30º CAUDAL/
AP 30º CEFÁLICO

GEORGE ROCHA FERREIRA - CRM: Nº.15896



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
EDUARDO DA SILVA SOARES

Sexo: MASCULINO
CNS: 898003495952545

Mãe:
ROSINETE MARINETE DA SILVA

Endereço:
SITIO ALVORADA, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: CHA DE ALEGRIA - UF:
PE

Idade:
21 Anos 3 Meses 3 Dias

Contatos:
81. 85370497 | Celular: 81.

Nasc.
28/06/1999

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 10/05/2020 19:49

Prontuário: 1111001

Nº. Atendimento: 3450778

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO IV-37-03

Médico:

EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:

DATA AVISO CIRURGIA:

ATENDIMENTO:

CÓDIGO PACIENTE:

3450778

1111001

NOME DO PACIENTE:

EDUARDO DA SILVA SOARES

SITUAÇÃO CIRURGIA:

TIPO DE ANESTESIA:

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

CID FINAL:

Procedimento

Material:

DATA / HORA INICIAL:

11/05/2020

15h

DATA / HORA FINAL:

11/05/2020

16h

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3) VERIFICADA LUXAÇÃO DE TORNOZELO E FRATURA DE PE DIREITO
- 4) DESBRIDAMENTO + LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
- 5) FIXAÇÃO DE PARAFUSOS E FIOSK
- 6) SUTURA COM NYLON 2.0, CURATIVO
- 7) BOA PERFUSÃO DISTAL
- 8) A SR

Ednardo Jose Albuquerque Pitt
Ortopedia - Traumatologia

Paciente: 1111001 - EDUARDO DA SILVA SOARES

Idade: 21 Anos 3 Meses 3 Dias

Data de Nascimento: 28/05/1999

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3450778

Leito: TRAU 37-03 - POSTO IV Admissão: 10/05/2020 19:49

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 840578 (FECHADO)Responsável: THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA - CRM
29375 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

20/05/2020

Data/Hora do Documento:

20/05/2020 07:31

ORTOPEDIA

TTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS KIRSCHNER EM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO
TTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO FIOS KIRSCHNER E DOIS PARAFUSOS EM LUXAÇÃO ARTICULAR DO
TORNOZELO E FRATURA DO PÉ DIREITO.

CD:

- SEGUE BEG, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO. SEGUE DE ALTA COM ORIENTAÇÕES.
ATB E RETORNO AMBULATORIAL.

THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA
CRM 29375

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIRIL

EC-1

POLEGAR DIREITO

EdUARdo da Silveira Soares

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
9.881.792

DATA DE
EXPIRAÇÃO 29/01/2014

NOBRE
<< EDUARDO DA SILVA SOARES >>

RELACÃO
<< JOSÉ SOARES BARBOSA >>
<< ROSINETE MARINETE DA SILVA >>

NATURALIDADE
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

DATA DE NASCIMENTO
28/06/1999

SOC. ORIGEM << CN.12195-LA11-F.42V-CART SEDE
CHÁ DE ALEGRIA-PE-06.07.2000 >>

CNPJ
707.898.974-07

Assinado eletronicamente
por Jandir de S. Carneiro Leão
Secretário de Defesa Social do IIB

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

**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: 3200390608

Nome do(a) Examinado(a): EDUARDO DA SILVA SOARES

Endereço do(a) Examinado(a): SI REDEMOINHO, 105, , Chã de Alegria/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDSPE / 9881794

Data e local do acidente: 10/05/2020 - Chã de Alegria/PE

Data e local do exame: 19/11/2020 - /PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

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

Tratamento cirurgico com fio K, parafusos. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. 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, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexos 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 do ombro esquerdo, limitação de grau medio do membro inferior direito, com bloqueio articular.

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 sequelas permanentes" (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.

Ombro Esquerdo - Médio - 50%

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

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



Leonardo Nogueira
Médico
CRM/SP: 11143

**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: 3200390608

Nome do(a) Examinado(a): EDUARDO DA SILVA SOARES

Endereço do(a) Examinado(a): SI REDEMOINHO, 105, , Chã de Alegria/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDSPE / 9881794

Data e local do acidente: 10/05/2020 - Chã de Alegria/PE

Data e local do exame: 19/11/2020 - /PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

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

Tratamento cirurgico com fio K, parafusos. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periculado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. 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, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexos 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 do ombro esquerdo, limitação de grau medio do membro inferior direito, com bloqueio articular.

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.

Ombro Esquerdo - Médio - 50%

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

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



Leonardo Nogueira
Médico
CRM/SP: 11143



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM A VITIMA E _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO EM IM (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () LAUDO ORTOPÉDICO DE APRESENTAR O LAUDO DO IME, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IME, (PARCIAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORTOPÉDICO QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A TABELA DA ALTA OBJETIVA
- () BOLETEIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (PARCIAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE TRAFEGUO / CÉDULO DE INDICAÇÃO DA VITIMA INDIVIDUAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BÁSICOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE PRECATORIO DO CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () OUTROS, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA INDIVIDUAL DE 16 A 18 ANOS, PODERÁ SER PRESTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, PARCEANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do acidente e o TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES, QUÍMICAIS E LEGITIMOS DOS DESPESAS MÉDICAS INDIVIDUAIS, QUÍMICAIS
- () VOTOS MÉDICOS, ORTODONTIAS E LINGÜÍSTICAS, SE PRECISAR, ACOMPANHADOS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (PARCIAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE TRAFEGUO / CÉDULO DE INDICAÇÃO DA VITIMA INDIVIDUAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BÁSICOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE PRECATORIO DO CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TABELA DO CARIÓTIPO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () OUTROS, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA INDIVIDUAL DE 16 A 18 ANOS, PODERÁ SER PRESTADO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVATANTIGO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A CAPACIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREPÓSITO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

DATA _____

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____

Edvardo da Silva Soares



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM A VITIMA E _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO EM IM (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () SUBSTITUTIVO DE APRESENTAR O LAUDO EM IM (DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO EM IM, INDICANDO ASSIDUA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE JORNALISTA QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A TABELA DA ALTA OBJETIVA)
- () BOLETEIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () AUTORIZAÇÃO DE TRAFEGUO / CÉDULO DE INDICAÇÃO DA VITIMA INDIVIDUAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BÁSICOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE PRECATORIO DO CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () OUTROS, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA INDIVIDUAL DE 14 A 15 ANOS, PODERÁ SER PELA DO PAI

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, MARCANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do acidente e o TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES, QUÍMICAIS E LEGAÇÃO DOS DESPESAS MÉDICAS INDIVIDUAIS (QUÍMICAIS)
- () VOTOS FISCALIS, ORÇAMENTOS E LAJÓRETIOS DE TRATAMENTO ACUMULADOS DO RESPECTIVO DESEMPENHO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () AUTORIZAÇÃO DE TRAFEGUO / CÉDULO DE INDICAÇÃO DA VITIMA INDIVIDUAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BÁSICOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE PRECATORIO DO CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR DIFERENTE DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TÁBUA DO CASAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () OUTROS, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA INDIVIDUAL DE 14 A 15 ANOS, PODERÁ SER PELA DO PAI

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDICAÇÃO
- O PRATO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 11 DIAS CONTÍGUOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVATANTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

ASSINATURA

Edvardo da Silva Soares

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608

Cidade: Chã de Alegria

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do acidente: 10/05/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. 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, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica e desbridamento, com fixação da luxação do tornozelo e da fratura do pé direito com uso de parafusos e fios de Kirschner. Submetido a tratamento cirúrgico com redução da luxação clavicular esquerda com uso de fios de Kirschner. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado. Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO TORNOZELO DIREITO.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608

Cidade: Chã de Alegria

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do acidente: 10/05/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. 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, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica e desbridamento, com fixação da luxação do tornozelo e da fratura do pé direito com uso de parafusos e fios de Kirschner. Submetido a tratamento cirúrgico com redução da luxação clavicular esquerda com uso de fios de Kirschner. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado. Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO TORNOZELO DIREITO.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608

Cidade: Chã de Alegria

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

Data do acidente: 10/05/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerda. Luxação da articulação do tornozelo direito. Fratura do pé direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 130°, extensão aos 35°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. 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, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecânica e desbridamento, com fixação da luxação do tornozelo e da fratura do pé direito com uso de parafusos e fios de Kirschner. Submetido a tratamento cirúrgico com redução da luxação clavicular esquerda com uso de fios de Kirschner. Fez fisioterapia, evoluindo com bloqueio articular. Alta ortopédica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado. Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO TORNOZELO DIREITO.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608 **Cidade:** Chã de Alegria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA (PG 3)
LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO (PG 3)
FRATURA DO PÉ DIREITO - SEGMENTO ÓSSEO NÃO INFORMADO (PG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM PG 1
PG 5 - CIRURGIA
SUGIRO AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL PARA ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390608 **Cidade:** Chã de Alegria **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 10/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA (PG 3)
LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO (PG 3)
FRATURA DO PÉ DIREITO - SEGMENTO ÓSSEO NÃO INFORMADO (PG 5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 5 - CIRURGIA
SUGIRO AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL PARA ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310103/20

Vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

CPF: 707.898.974-07

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/05/2020

Titular do CPF: EDUARDO DA SILVA SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO DA SILVA SOARES : 707.898.974-07

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: 30/10/2020
Nome: EDUARDO DA SILVA SOARES
CPF: 707.898.974-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

EDUARDO DA SILVA SOARES

RAIANNE SILVA BARBOSA

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: 707.898.974-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO DA SILVA SOARES

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

5 - Nome completo: EDUARDO DA SILVA SOARES 6 - CPF: 707.898.974-07
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: SI REDEMIOUNO 9 - Número: 105 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CHA DE ALEGRIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55835-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 99141-6388

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3217 CONTA: 38222 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 (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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 15 DE DEZEMBRO DE 2020

Eduardo da Silva Soares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)