

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



www.celpe.com.br

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

GEOVANO GAIÃO BORBA
CPF: 789.656.404-78

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIG HENRIQUE 222 --B

CENTRO/TIMBAUBA
55870-000 TIMBAUBA 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

15/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

38,33

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

05/10/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

034097717

CONTA CONTRATO
007004026599

Nº DO CLIENTE
2001121529

Nº DA INSTALAÇÃO
0005229397

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1607.9849.3085.84FF.34B1.4D0E.0602.FC1D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	83,00	0,73088086	60,62
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,23
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 022761310-05/07/18			0,48
Religação de Unidade Consumidora			7,63
Multa por atraso-NF 026593674 - 06/08/18			1,35
Multa por atraso-NF 022761310 - 05/07/18			1,16
Juros por atraso-NF 026593674 - 06/08/18			0,79
Juros por atraso-NF 022761310 - 05/07/18			1,47
Atualização IGPM-NF 026593674 - 06/08/18			0,49
Atualização IGPM-NF 022761310 - 05/07/18			0,88
Devolução Pagamento em Duplicidade			53,33
TOTAL DA FATURA			38,33

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
71,26	25,00	17,81	71,26	0,64	0,45	71,26	2,98	2,12

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 83,52156009

HISTÓRICO DO CONSUMO

	OUT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17
KWh	89	69	80	71	110	199	251	232	201	159	227
											232
											151

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	25,21	35,38
Transmissão	3,07	4,31
Distribuição (Celpe)	14,38	20,18
Encargos Setoriais	3,70	5,19
Tributos	20,38	28,60
TOTAL	71,26	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003010170123	CAT	04/08/2018 12.130,00	05/10/2018 12.213,00	1,00000	0,00	83,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,00	6,15	12,30	24,60
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	6,09	0,30
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 24,50					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comercializando: 715 Loja 5
r. Monsenhor José Marques da Fonseca 71 ap. 101
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/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.

NÍVEL 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
007004026599	10/2018	38,33	15/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838600000000 383300110075 004026599107 131351720630



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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**.

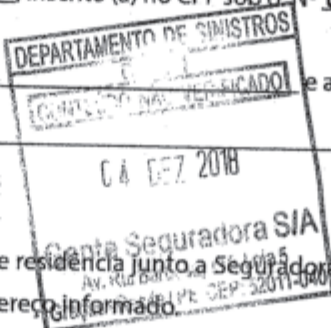
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 Dyome Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Risoldo de Araujo Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.024.304 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Risoldo de Araujo Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.024.304 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Inácio Henrique</u>		Número <u>222</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Limbeauba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55840-000</u>
Email <u>meuassessoria@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99113-7889</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99933-7242</u>

Limbeauba 30 de Outubro de 2018
Local e Data

Dyome Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Jose de Oliveira,

RG nº 6238069, data de expedição 28/01/1999

Órgão SSP PE, portador do CPF nº 038.412.654-56, com domicílio na cidade de Vicência, no Estado de

Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do Campo, Casa/Barracão, Trigueiros, nº 50,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Rosaldo de Araujo Silva, cujo o condutor era

Rosaldo de Araujo Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 125 FAN

Ano: 2009

Placa: KJW 9895

Chassi: 9C25C41M09R034952

Data do Acidente: 12 de Agosto de 2018

Local e Data: Vicência, 13/09/2018

Claudio Jose de Oliveira
Assinatura do Declarante



autenticidade.

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por Autenticidade de: CLAUDIO JOSE DE OLIVEIRA. Em Testemunho () da verdade, dou fé.
Vicência: Maria Rosenilda de Lima Silva - Substituta do Tabelião e Oficial.
Emolumentos R\$ 3,59, TRNS R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 to
Selo: 0076786.EAV08201801.01379 13/09/2018 15:55:07
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PE

Publ.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.

Subst.



PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N.º 19.633Em, 12 de Agosto de 2018 Hora: 10:40Nome: Ricardo de Araújo SilvaSexo: ☒ Masculino ☐ FemininoDN: 25/05/83Idade: 35 Estado Civil: casadoEndereço: ImaquinerosCidade: Vicência Fone: -Cartão do SUS: -Filiação: Marina feijó de Araújo Silva

Queixa Principal:

Fratura de fêmur após queda de moto.

Exame Físico:

Pressão Arterial = xTemperatura = -Ondimetria = -HGT = 133 kg

Prescrição Médica:

① Analgesia: Fomeal 01 amp. + 100ml SF0,9% EVagora

② Transfusão p/ HbV (transfusão) Sinha: 5489468

Auxiliar de Enfermagem

CANTORIO UNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS REGISTRARIAIS

Titular: ANDRÉ CASTRO DE ALBUQUERQUE NETO

Telefone: (011) 3641-176

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original, em Teste da verdade, dou fé. Vicência

Maria Rosalinda de Lima Silva Substituta,

Selo: 0076786, UFG08201801, 01216 06/09/2018 16:13:08

Consulte autenticidade em www.cnpj.br/selodigital

SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRARIAIS - VICÊNCIA - PE

André Castro de A. Neto - Tab. Público

Marta Rosalinda de Lima Silva - Subst.

José Cavalcante de Souza - Subst.

CNPJ: 11.326.752/0001-30 - Fone (011) 3641-1176

Rua Elvira Teodoro, 176 - Centro - Vicência - PE



Médico

Rebeca Galvão

Médec

CRM-PE 26872



RISOCALDO DE ARAUJO SILVA		01093879	708904-4
616881	MASCULINO	35a 3m 11d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 1.01.02

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HQ: FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO
HIA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE FEMUR DIR

Tratamento:

12/06/18 - SUBMETIDO A APOSIÇÃO DE TRACÃO TRANSTIBIAL EM TIBIA DIREITA
29/08/18 - SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - DR MACENA

OBS:

ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FALTA.
FORNEÇO ATESTADO E LAUDO + RECEITA DE CEFALEXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉ DIREITO.
FISIOTERAPIA + SOLICITAÇÃO DE UM PAR DE MULETAS CANADENSES + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉ DIREITO.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIURESE ESPONTANEA.
POUMPS SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 60°

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
12/06/2018	04/09/2018

Recife, 04 DE SETEMBRO DE 2018

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 7984 / CRM-PE 26633

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU - CRM-PE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordero, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o **RISOLDADO DE ARAUJO SILVA, 35 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço do dia 12/08/2018 ao dia 04/09/2018 para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S 72.3


Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 28633

Recife, 04/09/2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordero, Recife/PE

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins **RISOLDADO DE ARAUJO SILVA, 35 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço do dia 12/08/2018 ao dia 04/09/2018 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S 72.3


Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 28633

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 04/09/2018



RISOLDO DE ARAUJO SILVA		01093879	708004
616881	MASCULINO	35a 3m 11d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 1.11.12

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO

Tratamento:

17/09/18 - SUBMETIDO A APOSIÇÃO DE TRACÃO TRANSTIBIAL EM TIBIA DIREITA
29/08/18 - SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - DR. HANNA

OBS:

ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FALTA.
FORNEÇO ATESTADO E LAUDO + RECEITA DE CEFALEXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉ DIREITO.
FISIOTERAPIA + SOLICITAÇÃO DE UM PAR DE MULETAS CANADENSES + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉ DIREITO.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIURESE ESPONTANEA.
NÃO HÁ MAIS SINAIS FLOGÍSTICOS. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 50°.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
12/09/2018	04/09/2018

Recife, 04 DE SETEMBRO DE 2018

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 1984 / CRM-PE 26633

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Graciosa - Recife - PE - 51.11-040









RISOLDO DE ARAUJO SILVA		01093879	708004
616881	MASCULINO	35a 3m 11d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 1.11.12

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

NA FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO
NIF. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO

Tratamento:

17/09/18 - SUBMETIDO A APOSIÇÃO DE TRACÃO TRANSTIBIAL EM TIBIA DIREITA
29/08/18 - SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - DR. HANNA EMILE

OBS:

ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FALTA.
FORNEÇO ATESTADO E LAUDO + RECEITA DE CEFALOXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉTIMO.
FISIOTERAPIA + SOLICITAÇÃO DE UM PAR DE MULETAS CANADENSES + SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O PÉTIMO.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIURESE ESPONTANEA.
NÃO HÁ MAIS SINAIS FLOGÍSTICOS. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 50°.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
12/09/2018	04/09/2018

Recife, 04 DE SETEMBRO DE 2018

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 1984 / CRM-PE 26633

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Graciosa - Recife - PE - 51.11-040







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **RISOLDO DE ARAUJO SILVA**

DDO IDENTIDADE / ORIG. EMANCIP. / UF: **5464290 EDE PE**

CPF: **085.024.304-73** DATA NASCIMENTO: **25/05/1983**

Função: **SEVERINO REGINALDO ARAUJO DE OLIVEIRA MARIA JOSE DE ARAUJO N RIEVA**

Registro: **03167833445** Validade: **06/05/2021** Renovação: **05/01/2004**

Exerce Ativ. Reconhecida

Risoldo de A. Silva

Local: **PERNAMBUCO** Data Emissão: **18/08/2016**

Assinatura do Titular: *[Assinatura]*

Autenticação do Sistema: **20806910668**
PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1301685981

PARTE PLASTIFICADA
1301685981

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 DEZ 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 03 DEZ 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ECONOMIA
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

CPF: **5968745-802-PE**

DATA NASCIMENTO: **26/07/1982**

Localidade: **JAIR MARCOS DE MORAES PEREIRA**

Endereço: **RIBEIRITA GUEDES DE OLT VETIA**

Observações:

Assinatura: *Ayane Karla Guedes Pereira*

Local: **PERNAMBUCO**

DATA EMISSÃO: **22/07/2023**

DATA VALIDADE: **24/07/2023**

DATA EXPIRAÇÃO: **12/09/2024**

PROIBIDO PLAS TITULAR

1679685141

DEPARTAMENTO: **MINISTROS**

CONTEÚDO: **ENCARREGADO**

04 DE 2023

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Gracas - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE
Nº 013932309510
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENOVAÇÃO EXERCÍCIO
1 142706418 2018

CLAUDIO JOSE DE OLIVEIRA

VICENCIA-PE

CPF / CNPJ 038.412.654-56

PLACA RUM9895

PLACA ANT. / UF ***** PE

CHASSI 9C2J0C41109R034952

PAS / MOTOCICLISTA

COLABORADOR

BRANDA / CC 125 FAH KS

ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

2E/124CL

CATEGORIA PARTIC

COB. PREDOMINANTE PNE/2A

1 TEVA 2018 QUITADO

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC. COTAS 1 2 3

P V 1 FAIXA L PVA

PAGELAMENTO COTAS *****

SEGURO PAGO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

VICENCIA

DATA 18/02/18

Assinatura do Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, GUIA POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013932309510 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CLAUDIO JOSE DE OLIVEIRA

CASA VICENCIA-PE

55850-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 038.412.654-56

PLACA XJ69895

RENOVAÇÃO 142706418

BRANDA / CC 125 FAH KS

ANO FAB 2009

QUILÔMETROS 9C2J0C41109R034952

PREMIO TARIFARIO

FUS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOE (R\$)

TOTAL (R\$) VALOR DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.242.600/0001-04

DISTRIBUIDOR E GIRODO O BILHETE DPVAT
RUA NUNO E 225 PORTO ALEGRE

AMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO NÃO VERIFICADO

04 DEZ 2018

Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 Loja
Grças - Recife/PE CEP: 520

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante Risoldo de Araujo Silva, brasileiro(a), estado Civil casado, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua 15 de Novembro, nº 41, bairro Trigueiros, Município de Vicência, Estado PE, Ccp: 55850-000, Rg nº 6464290, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 046.024.304-73

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Risoldo de Araujo Silva, ocorrido em 12.1.08.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Timbaúba, 30, de Outubro de 2018



Risoldo de Araujo Silva

Outorgante

SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS - VICÊNCIA - PE
André Cesário de A. Neto - Tab. Público
Maria Rosenilda de Lima Silva - Subst.
José Cavalcante de Souza - Subst.
CNPJ/MF: 11.326.750/0001-30 - Fone (81) 3641-1176
Rua Oliveira Fidalgo, nº 26 - Centro - Vicência - PE

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS

Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO

Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por Autenticidade de: RISOLDO DE ARAUJO SILVA. Em Testemunho da verdade; dou fé.
Vicência: Maria Rosenilda de Lima Silva Substituta do Tabelião e Oficial.
Emolumentos R\$ 1,59, TRNS R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 to
Selo: 0076786.TGO08201801.01685 18/09/2018 10:03:31
Consulte autenticidade em www.tiipa.tua.br/autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437569/18

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF: 046.024.304-73

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/08/2018

Titular do CPF: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

RISOALDO DE ARAUJO SILVA : 046.024.304-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437569/18

Número do Sinistro: 3180569390

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF: 046.024.304-73

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/08/2018

Titular do CPF: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/12/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Nº Sinistro: 3180569390

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569390**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13683315



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569390
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA
Data do Acidente: 12/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RISOALDO DE ARAUJO SILVA

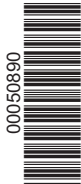
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

046.024.304-73

Nome completo da vítima

Ricardo de Araujo Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo de Araujo Silva		CPF titular da conta 046.024.304-73		Profissão Motorista	
Endereço Rua 15 de Novembro		Número 41		Complemento Casa	
Bairro Viqueiros	Cidade Vitória	Estado PE		CEP 55850-000	
Email mefarsenior@gmail.com		(81) 99933-7242		(81) 99913-7889	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>		D/V <input type="text"/>		BANCO Nome Bradesco		NRO. 237	
(Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/>		D/V <input type="text"/>		AGÊNCIA NRO. 1877	
(Informar dígito se existir)		D/V <input type="text"/>		CONTA NRO. 0610893		D/V 8	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



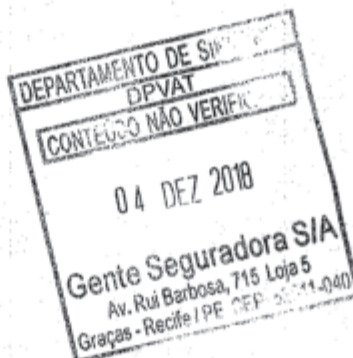
Vitória 30 de Outubro de 2018

Local e Data

Ricardo de Araujo Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Risoldo de Araújo Silva

CPF da Vítima

046.024.304-73

Data do Acidente

12/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

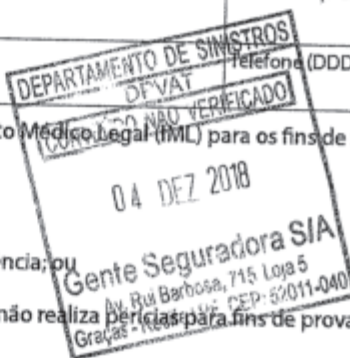
CPF do Representante legal

Email

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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



Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Timbaura, 30 de Outubro de 2018

Local e Data

Risoldo de Araújo Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N.º 19.633

Em, 12 de Agosto de 2018 Hora: 10:40

Nome: Rinaldo de Araújo Silva

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

DN: 25/05/83

Idade: 35a Estado Civil: Casado

Endereço: Juazeiros

Cidade: Juazeiros Fone: -

Cartão do SUS: -

Filiação: Maria fei de Araújo Silva

Queixa Principal:

Fratura de fêmur após queda de moto.

Exame Físico:

Pressão Arterial =

Temperatura =

Ondimetria =

HGT= 133 kg

Prescrição Médica:

① Analgesia: Fomeal 01 amp. + 100ml SF0,9% EVagora

② Transfusão p/ HbV (transfusão) Sinha: 5489468

Auxiliar de Enfermagem

CANTORIO UNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS REGISTRARIAIS

Titular: ANDRÉ CASTILHO DE ALBUQUERQUE NETO

Telefone: (81) 3641-176

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original, em Teste da Verdade, dou fé. Vicinçaia

Silva Substituta, Maria Rosalinda de Lima

Selo: 0076786, UFG08201801, 01216 06/09/2018 16:13:08

Consulte autenticidade em www.cjpe.jus.br/selocjpejtal

SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRARIAIS - VICINÇAIA - PE

André Castilho de A. Neto - Tab. Público

Marta Rosalinda de Lima Silva - Subst.

José Cavalcante de Souza - Subst.

CPF: 11.326.752/0001-30 - Fone (81) 3641-1176

Endereço: Avenida Dr. Valdeir de Aguiar, 100 - Vicinçaia - PE



Médico

Rebeca Galvão

Mélica

CRM-PE 26872

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000610893-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2012201805000000000023701877000000610893236250 PAGO

