

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180605897 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO E ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA, CORPO MANDIBULAR À DIREITA E ÂNGULO MANDIBULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL PARA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461974/18

Número do Sinistro: 3180605897

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

CPF: 087.686.204-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/03/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 08/03/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180605897 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO E ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA, CORPO MANDIBULAR À DIREITA E ÂNGULO MANDIBULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DEVIDO A LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461974/18

Número do Sinistro: 3180605897

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

CPF: 087.686.204-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 01/04/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 01/04/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180605897 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO E ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA, CORPO MANDIBULAR À DIREITA E ÂNGULO MANDIBULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DEVIDO A LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461974/18

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

CPF: 087.686.204-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA : 087.686.204-03

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/12/2018

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 24/12/2018

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180605897 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO E ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA, CORPO MANDIBULAR À DIREITA E ÂNGULO MANDIBULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR 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 INVIAZILIZOU ESTABELECE 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 COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL E SUMÁRIO DE ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO 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, DESCREVENDO 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

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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180605897

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180605897

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180605897

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

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

Documentação médica-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



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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180605897**

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000040614-9**

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, retorno 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,



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: **ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA**

Nº Sinistro: **3180605897**

ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Data do Acidente: **29/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

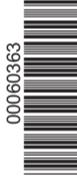
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180605897**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	087 686 204 03	ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA		CPF: 087 686 204 03	
Profissão: REC- INF	Endereço: SI SILVA	Número: 02	Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE	Estado: PE	CEP: 55 790 000
E-mail:		Tel.(DDD): (81) 96650454	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1038** CONTA: **40614** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DPVAT
24 DEZ 2018

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

AV. Ron. Barbosa 715 - Lote 5
Belo Horizonte - MG - 31220-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vitima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vitima 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.



Local e Data, **TAQUARITINGA DO NORTE / PE 19/12/18**

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

x Alberes Tiago Ferreira Mota

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ 2018

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



294720
0461976117
3180605892

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0220000797

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2018** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/9/2018** às **06:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, PE 130 - SÍTIO PLACAS - TAQ. DO NORTE** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MANOEL DA SILVA LIMA (OUTRO)
ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

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

ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA EUNICE FERREIRA DA SILVA MOTA** Pai: **ALBÉRICO PESSOA MOTA** Data de Nascimento: **21/10/1987** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8050188/SDS/PE (RG) 08768620403 (CPF)**
Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81993129231**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO SILVA - 02 - TAQ. DO NORTE - CEP: 55790000** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MANOEL DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA HONDA 150 CG (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL DA SILVA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKR0983** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: **867644788** Chassi: **9C2KC08605R011064**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 29/09/2018, POR VOLTA DAS 06:00HS TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA KKR 0983 PELA PE 130 SENTIDO Povoado de Placas A ESTA CIDADE, QUANDO COCHILOU E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR E SOFRER LESÕES NO ROSTO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU AO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA DESTA CIDADE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DA CIDADE DE CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

x Alberes Tiago Ferreira Mota

**ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matrícula: 3875342



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	087 686 204 03	ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA		CPF: 087 686 204 03	
Profissão: REC- INF	Endereço: SI SILVA	Número: 02	Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE	Estado: PE	CEP: 55 790 000
E-mail:		Tel.(DDD): (81) 96650454	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1038 <input type="checkbox"/> CONTA: 40614 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

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

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

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ 2018

Bradesco Seguradora S/A.

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data, **TAQUARITINGA DO NORTE / PE 19/12/18**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Alberes Tiago Ferreira Mota

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 00000040614-9

Nr. da Autenticação 931FFED173FAE933



SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Alberes Tiago Ferreira Mota , portador de CPF Nº 087.686.204-03, ID Nº não informado pela central, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGreste DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 29 de setembro de 2018, às 05hs e 35min, no endereço: PE 130 Açudinho, vítima de acidente de moto, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento, em seguida removido para o Hospital local HGSPS/FUNDATA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Taquaritinga do Norte, 12 de novembro de 2018.

Edvânia A. de Moura
Bolsapeira Observadora
CORIN-PE 321.323

Edvânia Anísia de Moura
Coordenação de Urgência e Emergência





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA VERONICA FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI SILVA 2

CPF: 051.665.504-39

SITIO SILVA/SILVA
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
4004485209 10/2018

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
033975549	ÚNICA	04/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSCRIÇÃO FISCA
04/10/2018	2002124240	3851207

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/10/2018 06/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 64,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 022654166-04/17/18
Multa por atraso-NF 026303609 - 03/08/18
Juros por atraso-NF 026303609 - 03/08/18
Atualização IGPM-NF 026303609 - 03/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
73.0000000	0,73068086	53,33
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS	5,11
	DPVAT	3,58
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	0,43
	24 DEZ 2018	1,13
	Gente Seguradora S/A.	0,79
	Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5	0,49
	Recife - PE	

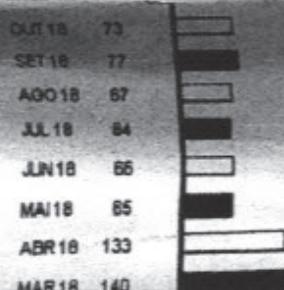
TOTAL DA FATURA 64,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
51239059		03-09-2018	35.051,10	04-10-2018	35.124,00	31	1,00000		73,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO REPOSTO
ICMS	58,44	26,00	14,81
PIS	58,44	0,54	0,37
COFINS	58,44	2,98	1,74

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 30,68	35,40%
Transmissão	R\$ 2,22	4,31%
Distribuição (Celpe)	R\$ 11,79	20,17%
Pédes de Energia	R\$ 3,70	6,33%
Encargos Setoriais	R\$ 3,03	5,18%
Tributos	R\$ 16,72	28,81%
Total	R\$ 88,44	100%

Consumo/F. Ivo(kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,52156000

PADRÃO MARIA NOUVA DE A. FERNANDEZ

2004-04

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA, 370

CENTRO SURUMPE

07/11/2016	07/11/2016
Nº DA INSTRUÇÃO	Nº DA INSTRUÇÃO
3753008	3753008
2011160269	2011160269
UNICA	UNICA
INFO CLIENTE	INFO CLIENTE
07/11/1707	07/11/1707
APERTURA/FECHAMENTO	APERTURA/FECHAMENTO
Nº DA NOTA FISCAL	Nº DA NOTA FISCAL
EST. ENCLAVE	EST. ENCLAVE
11 RESIDENCIAL	11 RESIDENCIAL

CONTAS CONTABILIZADAS		VALOR FISCAL		VALOR DE VENDA	
DATA	ITEM	PREÇO UNIT.	QTD.	VALOR UN.	VALOR FISCAL
14/11/2018	169-04	0,73845982	16	11.795,10	11.795,10
10/12/2018					
11/12/2018					

DETALHAMENTO DE PESQUISA DE LITERATURA				DATA DA FATURA	VALOR DA FATURA
TIPO DA PUNTO	LEITOR	ANTERIOR	ATUAL	DATA	CONSUMO (WATT)
CAT	06-10-2010	24.511,00	07-11-2010	24.996,00	33

SISTEMA DE ENERGIA	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	%	VALOR DO IMPORTE	GARANTIA DE ENERGIA
RESIDENCIAL	47,65	R\$ 47.650	35,41%
COMERCIAL	40,79	R\$ 40.790	4,80%
INDUSTRIAL	17,58	R\$ 17.580	21,57%
AGROPECUÁRIO	3,67	R\$ 3.670	6,77%
TOTAL	100	R\$ 100.000	20,93%

Gesta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj
Recife - PE
0.51195300

Página 10 - ponto mais alto da montanha, onde se avista o horizonte dos 14 bairros da capital. Neste local, é possível ver o Rio Araguaia, suas inúmeras enseadas e ilhas, bem como a paisagem de várzea amazônica.



Página 10 - ponto mais alto da montanha, onde se avista o horizonte dos 14 bairros da capital. Neste local, é possível ver o Rio Araguaia, suas inúmeras enseadas e ilhas, bem como a paisagem de várzea amazônica.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 ADRIANA MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945234444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 087686204 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

24 DEZ 2018

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 JOAO BATISTA</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>		Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email <u>aseguras1994@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 97001998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 91613907</u>	

SURUBIM/PE, 19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes.

Assinatura do Declarante

TAQUARITINGADO NORTE (PE), 02 de Janeiro 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3180605897

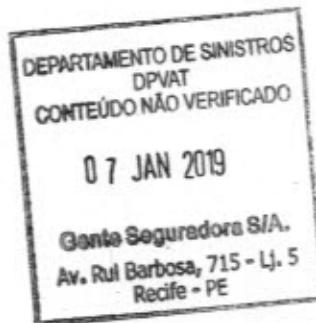
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 29/09/2018, me encontrava pilotando a motocicleta HONDA CG 150 SPORT, de placa KKR 0983, que não é de minha propriedade, estava com ela apenas emprestada, motivo pelo qual não consegui localizar o proprietário, uma vez que eu não o conheço e em contato com SUSEP fui informado que mesmo a moto estando atrasada tenho direito de receber minha indenização.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Alberes Tiago Ferreira Mota
ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA
VITIMA/BENEFICIARIO





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Alberes Tiago Ferreira Mota**, nascido 21 de outubro 1987, deu entrada neste hospital no dia 29 de setembro de 2018 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº316.027 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5523630.

Taquaritinga do Norte, 21 de novembro de 2018.



Rodolfo Viana
Presidente Executivo
MAP 010/12



FUNDATA

Hospital HPS - Bucanovas fons.

Sento 5523 630

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Altura: 1,70m - Peso: 70kg - Mota 30am

Encaminho relatório do SAMU com oito de Quatro de Maio
(praticamente madrugada) que foi encaminhado ontem vindendo de
local (1) As lesões no corpo apesar (A) óssea liso, (B) nenhuma
síndrome. (C) si rompeu elas (D) Sintomas fisiológicos, fatores
(E) exames sórteia foram feitos, e nenhuma.

As exames (E) R apre - 12.12

SE - Nivel alta com dor e male

Nev. 000 11.000 1000

Med. Elas de óssea sem poluição, tipo x - Sintomas - paine
Nas lesões no corpo sem lesão óssea (não houve)

Se era praticando em um local, apesar de não ter ferido, foto anexar.

ISSUU - 120x30x70

11.70

5100 3777 1000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ 2018

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

PD - Quatu de Mota

g. At

Mario A. da Silva Filho
MÉDICO
***PF 0509F

RECEITUÁRIO MÉDICO

39107117

Fiscalização
Presidente
MAT 000602

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA
RESUMO DE ALTA

Nome: Alberto Tiago Ferreira Mota

Prontuário: 326174

Data: 29/09/18

Hora: 09:57

DIAGNÓSTICO:

Fratura do complexo zigomático (B), arcus zigomaticus (D)
cíngulo mandibular (E) e corpo mandibular (D)

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADA

24 DEZ 2018

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

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ritorno ao ambulatório de m. todos próximos dia 15/10/18

às 07:00 horas

TRATAMENTO REALIZADO:

ostesíntese da fratura mandibular e fixamento conservador
de fraturas do complexo zigomático.

Alta Hospitalar: Data: 09 / 10 / 18

Hora: 08:30

(Assinatura)
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

0461974/18

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)
ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:
 ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

NÚMERO DO SINISTRO:
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/09/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 08/10/2018
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS	CRM: 11695-PE
LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE: FRATURA BILATERAL DA MANDÍBULA	<div style="text-align: right;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 08 MAR 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040 </div>
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS (08/10/2018)	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
 1º DIFICULDADE EM ABRI A BOCA POR COMPLETO.

 2º DOR À MASTIGAÇÃO.

 3º

 4º

 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E _____
LOCAL: SURUBIM-PE

DATA: 25/02/2019

ASSINATURA E CARIMBO
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL	DATA	ASSINATURA DA VÍTIMA
--------------	-------------	-----------------------------



IRM
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA**, 31 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 29 de setembro de 2018 que resultou em fratura bilateral da mandíbula. Foi submetida à estabilização cirúrgica com placa e parafusos em 08 de outubro de 2018. Evoluiu com dificuldade em abrir a boca por completo e dor à mastigação. As sequelas são de caráter permanente e irreversível.

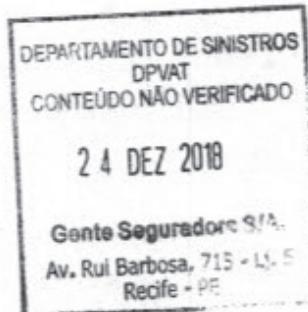
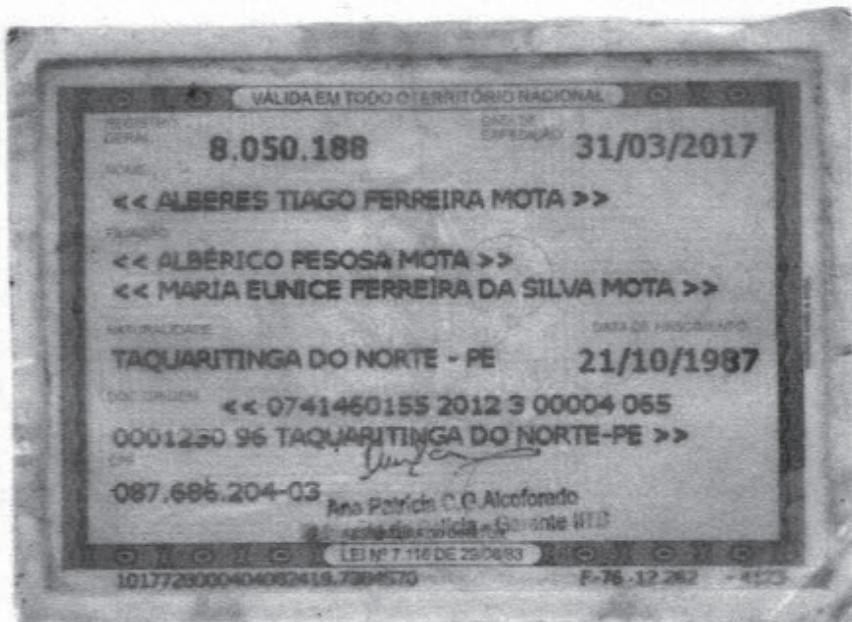
Surubim, 25 de fevereiro de 2019

11:46:06

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM: 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CREMEPE: 11695.

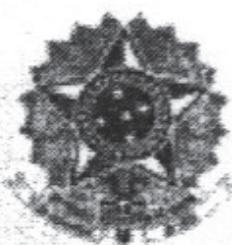






MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

087.686.204-03

Nome

ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Nascimento
21/10/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ 2018

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

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 245.234.444-04
GLASSIPACAGD

B1 RE SIDENCIAL,
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA PRINCIPAL	2011169029	DATA EMISSÃO	07/11/2018
027811707 APRESENTAÇÃO	UNICA Nº DO CLIENTE	DATA EMISSÃO	07/11/2018

169,04

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
166.000000	0,73865992	136,24

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)
KD7-16	CAT	26/10/2018	24.511,99	07/11/2018	24.699,00	33	1.000000		186,00	

TOTAL DA FATURA - DIVISÃO - RÁFICO DE CRISTINA PIESTANAS/FISCAL										
169,04										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LÉTURA	DIAS	% DE CONSTANTE	ANUFE	CONSUMO (kWh)

<tbl_r cells="1" ix="1" maxcspan="11" maxrspan="1" used

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALBERES TiAGO FERREIRA MOTA CPF DA VÍTIMA 08968620403
 DATA DO ACIDENTE 22/09/18 CPF DA VÍTIMA 08968620403
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M. MOURA DE A. FERREIRAS
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BASTISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA BARRIO CENTRO
 CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55550000
 E-MAIL aguilhermeffran@yahoo.com.br TELEFONE (61) 97001998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE
 TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE
 TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IMI. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

- 24 DEL 2018
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de Folha de Cheque ou Cartão Bancário

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • Morte = R\$ 13.500,00
 • Invalidez Permanente = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• 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 FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18/10/2018

IDENTIDADE YSSIDÉSSA S. PIRES

NOME Adriana M. Moura de A. Ferreira

ASSINATURA A. Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

[SAIR DO SISTEMA](#)

CIVIL CRIMINAL CAPTURAS CARCERÁRIO PLACAS CELULAR INFOPOL

[NOVA PESQUISA](#) > [FICHA DO DETRAN](#) [GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VÉHICULO

Situação: NORMAL

Placa: KKR0983

Nome proprietário: MANOEL DA SILVA LIMA

CPF do proprietário:

UF: PE Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Combustível: GASOLINA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 SPORT

Marca: HONDA

Cor: PRETA Ano Fabricação:

Município: PAUDALHO

Logradouro: RUA 35

Número: 99

Bairro: LOTEAMENTO PRIMAVERA

Cep: 55825000

Complemento: CS

Chassi: 9C2KC08605R011064 Restrição: COMUNICACAO DE VENDA

Renavam: 867644788

Licenciamento: R\$ 557,53

IPVA: R\$ 637,91

Seguro: R\$ 371,00

Bombeiro: R\$ 162,96

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

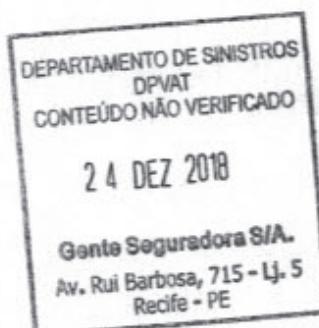
Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 1.729,40

Situação Bin: NORMAL



0461974/18

TAQUARITINGA DO NORTE - PE, 15 MARÇO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3180605897

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de invalidez seja REANALISADO, uma vez que eu, fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 29/09/2018 , fraturei MINHA MANDIBULA, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. E mesmo assim, diante de todas essas seqüelas foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO, para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Alberes Tiago Ferreira Mota

ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180605897 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO E ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA, CORPO MANDIBULAR À DIREITA E ÂNGULO MANDIBULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL PARA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA, portadora do RG nº 8.050.188 SDS/PE e CPF 087.686.204-03, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 21/10/1987, filho de: Alberico Pesosa Mota e Maria Eunice Ferreira da Silva Mota, domiciliada e residente no Si Silva, nº 02, Zona Rural – Taquaritinga do Norte-PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituo seu bastante procurador o **Sr^a ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileira, alfabetizada, funcionário público aposentado, portadora do RG nº 4.810.389 – SSP/PE e CPF nº 945.234.444-04, domiciliada e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por sua representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA**, portador do CPF 087.686.204-03, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **29/09/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

TAQUARITINGA DO NORTE- PE, 31 de outubro de 2018.



OUTORGANTE: *Alberes Tiago Ferreira Mota*
ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA



SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL
TAQUARITINGA DO NORTE - PE

Rua Col. Tejo, 150 - Centro - Taquaritinga do Norte-PE
Fone: (81) 3733-1056 - E-mail: antaquaritinga-pe@tce.pe.br

Reconheço por autenticidade a firma de:
ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA, Dou fé.
Taq. do Norte, 31/10/2018 13:31:54. Em test^o da verdade.

(a) **LUÍS OTÁVIO PRAZIN BEZERRA** - Escrivente
(E-mail: RS 2,39. TSNR: RS 0,80. FERC: 0,40)
Selos: 0076513.CRE0920180101146

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sealDigital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ 2018

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461974/18

Número do Sinistro: 3180605897

Vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

CPF: 087.686.204-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/01/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 07/01/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos