

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALBERES TIAGO
FERREIRA MOTA

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: 08/03/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALBERES TIAGO
FERREIRA MOTA

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

Data da entrega: 01/04/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: ALBERES TIAGO
FERREIRA MOTA

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 24/12/2018
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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 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 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: 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, 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

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

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



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 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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



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

Carta nº 14149549



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: 087 686 204 03 Nome completo da vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 40614 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por meio de avaliação médica, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação 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.

INVALIDEZ PERMANENTE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 DEZ 2018

Assinatura Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 175 - N. 5
Recife - PE

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: _____ Vítima 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

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)

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.



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

294770
06/19/18
3180605897

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0220000797

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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 (VÍTIMA)

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: **MUNICÍPIO 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: *R. H. Mesquita Videres* **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: 087 686 204 03 Nome completo da vítima: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 40614 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por meio de avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação 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.

INVALIDEZ PERMANENTE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 DEZ 2018

Assinatura do Segurado
Av. Rui Barbosa, 175 - N. 5
Recife - PE

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: _____ Vítima 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE PE 19/12/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alberes Tiago Ferreira Mota
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 000000040614-9

Nr. da Autenticação 931FFED173FAE933



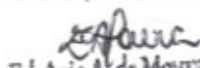
SAMU - Taquaritinga do Norte

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
Enfermeira Obstetra
COREN-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
55790-000CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

4004485209

10/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

11/10/2018

06/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

64,86

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
033975549	ÚNICA	04/11/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTA FISCAL
04/10/2018	2002124240	3851207

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	73,0000000	0,73058086	53,33
Acréscimo Bandeira VERMELHA		DEPARTAMENTO DE SINISTROS	5,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal		DPVAT	3,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 022654168-04/17/18		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	0,43
Multa por atraso-NF 026303609 - 03/08/18		24 DEZ 2018	1,13
Juros por atraso-NF 026303609 - 03/08/18			0,79
Atualização IGPM-NF 026303609 - 03/08/18			0,49
		Gente Seguradora S/A.	
		Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5	
		Recife - PE	

TOTAL DA FATURA

64,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
OUT 18	73
SET 18	77
AGO 18	67
JUL 18	84
JUN 18	66
MAI 18	85
ABR 18	133
MAR 18	140

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	58,44	25,00	14,61
PIS	58,44	0,54	0,37
COFINS	58,44	2,98	1,74

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 20,68	35,40%
Transmissão	R\$ 2,52	4,31%
Distribuição (Celpe)	R\$ 11,79	20,17%
Perdas de Energia	R\$ 3,70	6,33%
Encargos Setoriais	R\$ 3,03	5,18%
Tributos	R\$ 16,72	28,81%
Total	R\$ 58,44	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo # 1vo(kWh)

0,52156000



Concessionária Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ: 10.837.032/0001-28 | Insc. Est. 0903943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

SINISTRO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CPF 345 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO

BT RE SUCENAL
REST ENCAL

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

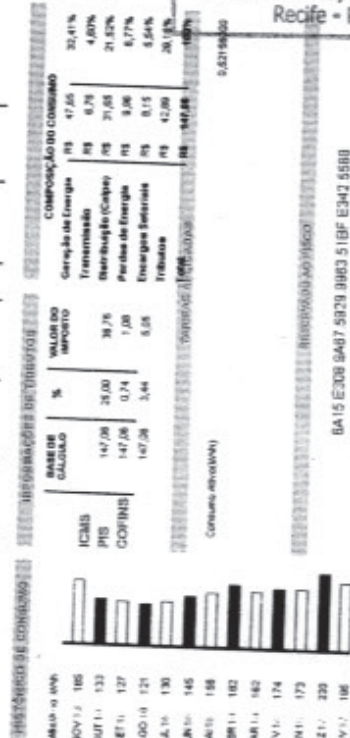
CONTA CONTRATO MÊSANO
7005749888
DATA DE EMISSÃO 11/12/2018
DATA DE VENCIMENTO 10/12/2018
TOTAL 169,04

Nº DA NOTA FISCAL 03781707
UNICA 07/11/2018
Nº DO CLIENTE 2011180388
Nº DA INSTALAÇÃO 3753008
DATA DE EMISSÃO 07/11/2018
DATA DE VENCIMENTO 10/12/2018
TOTAL 169,04

Consumo Abordado (Wh)
Acre: Cirilo Bandeira AMARELA
Acre: Cirilo Bandeira VERMELHA
Corte b. Irm. Pública Municipal
ICMS Substituição CDE-PE 02553773-08/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
166.0000000	0,73845982	138,24
		0,55
		10,27
		21,18
		0,80

TOTAL DA FATURA - DETERMINATIVO DE CONSUMO DESTA FISCAL 19-04											
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALJURE	CONSUMO (KWH)
K20714	CAT	26-10-2018	24.511,28		07-11-2018	24.498,00	23		1.002,00		188,00



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

Pague o valor devido ao setor de cobrança central de Pernambuco (0800 040 1000) ou diretamente para o setor de cobrança de Pernambuco (0800 040 1000) ou diretamente para o setor de cobrança de Pernambuco (0800 040 1000).
Pague o valor devido ao setor de cobrança central de Pernambuco (0800 040 1000) ou diretamente para o setor de cobrança de Pernambuco (0800 040 1000) ou diretamente para o setor de cobrança de Pernambuco (0800 040 1000).
Pague o valor devido ao setor de cobrança central de Pernambuco (0800 040 1000) ou diretamente para o setor de cobrança de Pernambuco (0800 040 1000) ou diretamente para o setor de cobrança de Pernambuco (0800 040 1000).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1421884961
O TERCITARIO NACIONAL
VALIDA EM TODO

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
DOC. IDENTIDADE / ORIG. SINISTRO / UF
4810388 SSP PE
CPF
945.234.444-04
DATA NASCIMENTO
06/07/1974
FLUXO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMAELE FERREIRA DE MOURA
PERMISSÃO
02378505679
VALIDADE
03/04/2022
CAT. MAR
17/06/2002
OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR
Assinatura de A. Fernandes
LOCAL
SURUBIM - PE
DATA EMISSÃO
10/04/2017
5386755008
PERNAMBUCO

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.

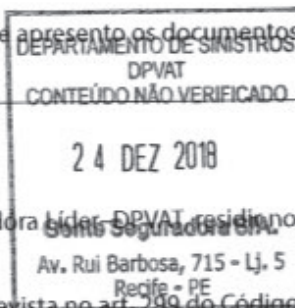
Pelo exposto, eu ADRIANA MEMORA DE A. FERREIRA inscrito (a) no CPF 945234444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 087686204 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA,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

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

☒ 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 JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email <u>afseguros1994@pinto.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 97001998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 91613907</u>

SURUBIM, 19 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Adriana M. M. de F. Fernandes.
Assinatura do Declarante

TAQUARITINGADO NORTE (PE), 02 de Janeiro 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

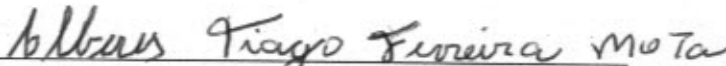
SINISTRO Nº 3180605897

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.Sª, 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
VITIMA/BENEFICIARIO



**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

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.



Nova: 07:00



PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

St Silver de Lima

References

SEXO	NASCIM.	COR	E. CIVIL	NAT.	C. PAC.
1.MASCUL.	DIA	1.BRANCO	1.SOLTEIRO	SIGLA	1.SEG.
2.FEMININO	MÊS	2.PRETO	2.CASADO	ESTADO	2.ESPO.
3.	ANO	3.AMARELO	3.VIÚVO		3.FILHO
4.		4.OUTRO	4.OUTRO		4.OUTRO
0	21	0	0	P E	0
1	087	1	2		1

30 cm

0 m/s

ENDING: me me

DATA

2	9	09	18
---	---	----	----

QUEIXA PRINCIPAL PA: 130 x 90 FC: 70 / S.M. 2.93%

Pet Alcohol ganhou força pelo SAMU com relação de quando
de morte devido a malária - após fazer exames completos
analisando morte do filho - bem como Soro e teste Soro.

HDA si difiniscendo (A) supponendo si definisce si prende il simbolo
 (1) si considerano altri in mente (operazione sopra le variabili come
 scengere), (2) CG preprodotti, Simulatio per la omnia coerenza
 e la coerenza (E) con la (A) come in fine con il ripet

ANTECEDENTES - Pessoais Familiares

Az M₂B 2+1 + i(C)

AGU, MAR 25 BNF SSS

[illegible]

Pelvic & Sigmoid Colon

* A polígono abanico é um polígono com um vértice em $m_2 = 12(2)$.

AD: Dado de Maio

QD. Sp. to Rn (free, lower, below)

① GRC strength

(2) D. prima elegans

3) Solentela subsp. planicornis do Bacia Antártica

Dr. Antonio A. da Silva Filho

MÉDICO

COM. DE 25096

DEPARTAMENT. DPV-1
CONTENÇÃO NÃO VERIFICA.
24 DEZ 2019

24 NF7 2018

4 NF7. 2019
Gente Seguros S/A.
Banco do Brasil S.A. 711.111.111
Recife

Flodan, J. A. Proctor
S. J. Proctor
S. J. Proctor



Senbo SS 23 6 30

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Alt \rightarrow ...

300000.

È nominato nel Foglio più S.M. e con rich. al Quale d. not-

[illegible]

As shown in R app - B.2.B

32-110241 Cor. de la 110241

Nov 11 1952

And: How to design a polymer molecule, by the structure of the
Name of polymer: polymer structure is by the name (e.g. polyethylene)

So we have $\frac{1}{2} \log 2 = \frac{1}{2} \log 2$ (which is true)

Sei $z \in G$, $z \neq 1$, $z \neq -1$. Sei n un intero positivo. Allora $z^n \neq 1$ per ogni n intero positivo. (Se $z^n = 1$ per qualche n , allora z è una radice n -esima dell'unità, e per il teorema precedente, $z = 1$ o $z = -1$).

15000 - 12130 = 2870

per questo ordine rispetto al rischio di non farlo manifestare.

das & eben auch die ⑤. Aprilen vöml. conungere (1791) zu neuen
erhöhen der 3000 Mark zu sein.

AD Dec. 4. mth.

g. to

RECEITUÁRIO MÉDICO

29107117

Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
21 DE 1996

MÉDICO
N.º DE 25096

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ 2018

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Albino Tereza Ferreira Neto

Prontuário: 326174

Data: 29/09/18

Hora: 09:57

DIAGNÓSTICO:

Fratura de complexo zigomático (b), arco zigomático (b)
câmpulo mandibular (E) e corpo mandibular (D)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ 2018

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

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório de m. Cuidos pós-operatório de 15/10/18
às 07:00 horas.

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura mandibular e tração contínua conservadora
de fraturas do complexo zigomático.

Alta Hospitalar: Data: 09/10/18

Hora: 08:30

Carimbo
Ass. do Médico e CRM

Carimbo

046 1974/18

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

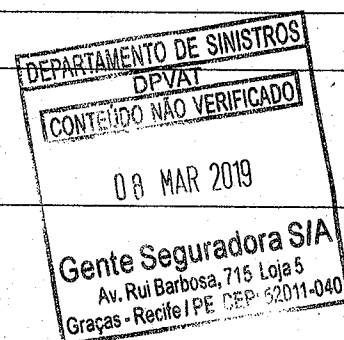
NÚMERO DO SINISTRO:
DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)
DATA DO ACIDENTE:
 29/09/2018

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

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):
 ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS (08/10/2018)

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
 CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

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
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.
LOCAL: SURUBIM-PE

DATA: 25/02/2019

ASSINATURA E CARIMBO
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

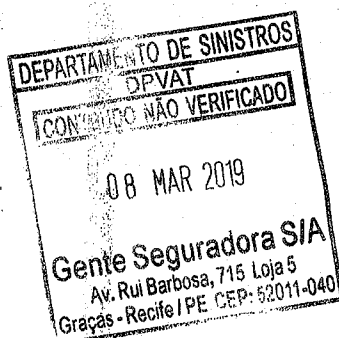
RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

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.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.050.188 DATA DE EMISSÃO 31/03/2017

SOBRENOME << ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA >>

PRIMEIRO NOME << ALBÉRICO PESOSA MOTA >>

SEGUNDO NOME << MARIA EUNICE FERREIRA DA SILVA MOTA >>

NACIONALIDADE TAQUARITINGA DO NORTE - PE DATA DE NASCIMENTO 21/10/1987

DOC. ORDEM << 0741460155 2012 3 00004 055 >>

0001250 96 TAQUARITINGA DO NORTE-PE >>

CNPJ 087.696.204-03

Ana Patrícia C.O. Alencar

Ass. de Pol. e Segurança

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

1017723000404052419.7384570 F-76-12-262 - 4123

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BERRI



Alberes Tiago Ferreira Mota

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

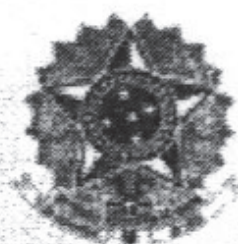
24 DEZ 2018

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



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



Concessionária Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.837.032/0001-28 | Insc. Est. 0903943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

SINISTRO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CPF 345 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO

BT RE SUCENAL
REST ENCAL

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CONTA CONTRATO MÊSANO
7005749888
DATA DE VENCIMENTO
11/12/2018
DATA DE PAGAMENTO
10/12/2018

Nº DA NOTA FISCAL 03781707
UNICA 07/11/2018
Nº DO CLIENTE 2011180088
Nº DA INSTALAÇÃO 3753008

169,04

QUANTIDADE 166,00000000

PREÇO (R\$) 0,73845982

VALOR (R\$)

Consumo Abordado (Wh)
Acre: Cirilo Bandeira AMARELA
Acre: Cirilo Bandeira VERMELHA
Corte b. Irm. Pública Municipal
ICMS Substituição CDE-PE 0,65537733-08/08/18

138,24
0,55
10,27
21,18
0,80

TOTAL DA FATURA 169,04

DEBITO RELATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

169,04

CONSUMO (Wh)

166,00

1,000000

24.898,00

33

1,000000

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

169,04

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ALBERTES TIAGO FERREIRA MOTA
 DATA DO ACIDENTE 22/09/18 CPF DA VITIMA 08768620403
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTA MZ MOURA DE A. FERREIRAS
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO 45A BAIRRO CENTRO
 CIDADE SUREUBIM UF PE CEP 55750000
 E-MAIL apresenta@surubim.com.br TELEFONE (81) 97001998

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

DATA 22/09/18
 IDENTIDADE 4810359 SSP/PE
 ASSINATURA Apresenta MZ Moura de A. Ferreira

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

[SAIR DO SISTEMA](#)

CIVIL CRIMINAL CAPTURAS CARCERÁRIO PLACAS CELULAR INFOPOL

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

FICHA DO VEÍCULO

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 LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: ALBERES TIAGO FERREIRA MOTA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3180605897

Prezado Senhor(a),

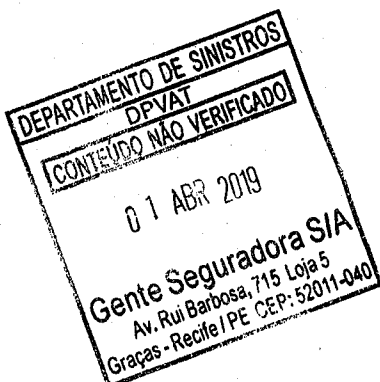
Solicito de V.S^a, que meu processo de invalidez seja REANALISADO, uma vez que eu, fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 29/09/2018, fraturei MINHA MANDIBULA, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. E mesmo assim, diante de 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



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 constitui seu bastante procurador o **Srª 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 Cel Tejo, 100 - Centro - Taquaritinga do Norte - PE
Fone: (81) 3733-1030 - E-mail: arntaquaritinga-pe@brsnet.com.br

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

(a) **LUÍS OTÁVIO PRAZIN BEZERRA** - Escrevente
(Emit: R\$ 3,30. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40)
Selo: 0075513.CRE0920180101146

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALBERES TIAGO
FERREIRA MOTA

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

Data da entrega: 07/01/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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