REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012212565846
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1117067996	**********	2018

NOME
JOSINALDO LERINALDO DA SILVA

CHA GRANDE-PE

CPF / CNPJ	PLACA
047.994.564-07	PCM2785

PLACA ANT / UF	CHASSI
******* /PE	9C2KC2200HR609300

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
RAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 160 FAN ESDI	2017	2017

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/162CL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2018 QUITADO		1ª ********
FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	2ª ********
1	**********	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CHA GRANDE | DATA 12/06/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DENATRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012212565846 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSINALDO LERINALDO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CHA GRANDE-PE

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	12/06/18

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	047.994.564-07	PCM2785

RENAVAM	MARCA / MODELO
1117067996	HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.	CAL TAB.	Nº CHASSI
2017	09	9C2KC2200HR609300

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elio Serverino Batista

DATA DO ACIDENTE 18-07-18 CPF DA VÍTIMA 106930514-69

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 de novembro

Nº 255 COMPLEMENTO A BAIRRO Centro

CIDADE Gravatá UF PE CEP 55640-000

E-MAIL TELEFONE (81) 30113224

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

(X) CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) 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)

( ) CPF DA VÍTIMA (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 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

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 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 8531927

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGUROS

DATA 05 OUT 2018

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180469838 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CELIO SEVERINO BATISTA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180469838 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CELIO SEVERINO BATISTA **Data do acidente:** 18/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180469838
Cidade: Chã Grande
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CELIO SEVERINO BATISTA
Data do acidente: 18/07/2018
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ARCO DE MOVIMENTO PLANTAR PRESERVADO, COM LIMITAÇÃO DE DORSOFLEXÃO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE DORSOFLEXÃO EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jackson Jose Florencio Junior

CRM do médico: 18573

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Celio Severino Batista inscrito no CPF sob nº: 106.930.514.89 portador da cédula de RG: 8950025 residente e domiciliado residente na 51 maceio Rural Cha-grande - PE

Outorgado Jéssica Iracema Laurentino Ferreira inscrito no CPF sob nº: 093.907.724-86 portador da cédula de RG: 8531727 SDS-PE residente e domiciliado residente na R. 15de novembro 255 a centro Gravata-pe.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT,** que figura como **vitima** Celio Severino Batista

Cha grande, 23 de Agosto de 2018.

Chã Grande

Celio Severino Batista

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE Laura Cunha Elkis | Oficial de Registro Civil e Tabelã
R. José Joaquim Fernandes, 88 - Centro - Chã Grande - PE - CEP: 55630-000 - Tel: (81) 3811 18-8800 - laurakelkis@gmail.com
Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
CÉLIO SEVERINO BATISTA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé. Substituta. Chã Grande, 22/08/2018 Em test. _____ da verdade
Total: R$ 4,76 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)
Válido somente com o selo 0074302.FKV07201803.00967

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CELIO SEVERINO BATISTA**

Nº Sinistro: **3180469838**
Vitima: **CELIO SEVERINO BATISTA**
Data do Acidente: **18/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180469838**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CELIO SEVERINO BATISTA**

Nº Sinistro: **3180469838**
Vitima: **CELIO SEVERINO BATISTA**
Data do Acidente: **18/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180469838.**

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CELIO SEVERINO BATISTA**

Nº Sinistro: **3180469838**
Vitima: **CELIO SEVERINO BATISTA**
Data do Acidente: **18/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180469838**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

:

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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180469838

Vítima: CELIO SEVERINO BATISTA

Data do Acidente: 18/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13705005

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	106930514-69	Celio Severino Batista

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Celio Severino Batista	CPF titular da conta: 106930514-69		Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Macacos		Número: 160	Complemento: casa
Bairro: Rural	Cidade: Ilha Grande	Estado: PE	CEP: 55636-000
Email:			Telefone (DDD): 81301132 24

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Recife, 05 de Outubro de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Celio Severino Batista
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	106 930 514-69	Otto Suzuno Batista

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Otto Suzuno Batista
CPF titular da conta: 106 930 514-69
Profissão: Agricultor
Endereço: Sit. Pocaquinho
Número: 202
Complemento:
Bairro: Rural Amorgi
Cidade: Cha-Grande/Amorgi
Estado: PE
CEP: 55515-000
Telefone (DDD):
Email:

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR
SEM RENDA
ATÉ R$ 1.000,00
R$ 1.001,00 ATÉ R$ 1.999,00
R$ 1.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0943 (Informe o dígito se existir)
CONTA: 53 587 6 (Informe o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO (Nome)
AGÊNCIA (Informe o dígito se existir)
CONTA (Informe o dígito se existir)

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

ATRUNA SEGURADORA
17 OUT 2018

Gravatá 16 de Outubro de 2018
Local e Data

Otto Suzuno Batista
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180469838
Nome do(a) Examinado(a): Celio Severino Batista
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Macacos, 160 Amaraji
Zona Rural Cha Grande PE CEP: 55636-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8950035
Data local do acidente: [18/07/2018]
Data local do exame: [24/12/2018] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO COM IMOBILIZAÇÃO E SUPORTE CLÍNICO
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 10/09/2018

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

APRESENTA ARCO DE MOVIMENTO PLANTAR PRESERVADO, COM LIMITAÇÃO DE DORSOFLEXÃO

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM TORNOZELO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "“Não”", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: **(X) 10% residual**( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Jackson Jose Florêncio Júnior
Ortopedista - Traumatologista
CRM - PE 10.573
TEOT 13921

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0157000556

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/07/2018 às 14:36

Complementa o BO Número: **18E0157000546**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/7/2018 às 10:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, IMEDIAÇÕES DO SITIO DOS MACACOS** - Bairro: **ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CHÃ GRANDE
67ª CIRCUNSCRIÇÃO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CELIO SEVERINO BATRISTA (AUTOR \ AGENTE)
GIVANILDO VIDAL DOS SANTOS (NOTICIANTE)
JOSIVALDO LERINALDO DA SILVA (OUTRO)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CELIO SEVERINO BATRISTA

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

CELIO SEVERINO BATRISTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINALVA DE LUNA SANTOS SILVA** Pai: **GERALDO SEVERINO BATISTA** Data de Nascimento: **8/6/1983** Naturalidade: **CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8958835/SDS/PE (RG), 10803651408 (CPF), 05200073800 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **81996473651**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO DOS MACACOS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

GIVANILDO VIDAL DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE LUNA SANTOS** Pai: **COSMO VIDAL DOS SANTOS** Data de Nascimento: **26/12/1973** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO DOS MACACOS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSIVALDO LERINALDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:

DESCONHECIDO
Residencial: **DESCONHECIDO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIVALDO LERINALDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CELIO SEVERINO BATRISTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCM2726** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1111706726** Chassi: **9C2KC2200HR000300**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE CHÃ GRANDE
67ª CIRCUNSCRIÇÃO

Complemento / Observação

NO DIA 18/07/2018, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR GIVANILDO VIDAL E INFORMOU QUE SEU SOBRINHO, O SENHOR CELIO SEVERINO, POR VOLTA DAS 16H30 DA MANHÃ DO DIA 18/07/2018, SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO MACACO. INFORMA QUE A MOTOCICLETA CAIU SOBRE SEU PÉ. INFORMOU QUE POPULARES O CONDUZIRAM ATÉ O HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA E QUE CIELO SERÁ TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE MORENO AINDA NO DIA 18/07/2018.

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

Celio Severino Batista
CELIO SEVERINO BATRISTA
(AUTOR \ AGENTE)

GIVANILDO VIDAL DOS SANTOS
(NOTICIANTE)

x Givanildo Vidal dos Santos

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

B.O. registrado por: **ALEXESSANDRO DE SOUZA LINS**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180469838
Cidade: Chã Grande
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CELIO SEVERINO BATISTA
Data do acidente: 18/07/2018
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ARCO DE MOVIMENTO PLANTAR PRESERVADO, COM LIMITAÇÃO DE DORSOFLEXÃO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE DORSOFLEXÃO EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jackson Jose Florencio Junior

CRM do médico: 18573

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Celio Serverino Batista	106930514-69	18.07.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
	Telefone (DDD)
Email	

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Gravatá, 09 de Agosto de 2018
Local e Data

x Celio Serverino Batista
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 02/08/2018 10:10

Atendimento: 286707 Entrada: 18/07/2018 Hora: 19:11
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 206091753480002

Paciente: 1615945 CELIO SEVERINO BATISTA
Nascimento: 05/05/1993 (25 Anos e 2 Meses)
Endereco: SÍTIO MACACOS
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55636-000
Cidade: 2604502 CHÃ GRANDE
Pai: GERALDO SEVERINO BATISTA
Mãe: MARINALVA DE LUNA SANTOS SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8950035 - SDS - PE
Telefone: / 991461872
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CHA GRANDE-PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/07/2018 - 19:57

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:
DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE PELA MANHÃ. NEGA OUTRAS QUEIXAS ALERGIA -

Exame físico:
DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Prescrição/Conduta: RX COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL SEM DESVIO
CD: GESSO BOTA
NÃO PISAR
RETORNO COM 3 SEMANAS

		Horario/Checagem
01 -		
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* **COMANDA:**

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

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: 28/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CELIO SEVERINO BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000053587-6

Nr. da Autenticação 8A254CFAEE49B44B

celpe neoenergia

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

[redacted]

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DE LIMA SANTOS
PROV A ALVARO FRANCISCO

CPF 141.881.424-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S NSR PAULO 180 A 7 MILHAS-OFASICA

MACACOS/CHA GRANDE (RURAL
CHA GRANDE PE
55638-000

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AEROPE CUARA RURAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4012681750	02/2018
DATA DE VENCIMENTO: 16/02/2018	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 09/03/2018
TOTAL A PAGAR (R$): 23,40	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
004[illegible]79	UNICA	07/02/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/02/2018	7005[illegible]50	4[illegible]841

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Atual(kWh)	50,00[illegible]00	0,4681[illegible]	23,40

TOTAL DA FATURA 23,40

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)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,0000		50,00

[illegible]	0,69	2,95%
[illegible]	5,71	24,40%
[illegible]	1,12	4,78%
[illegible]	2,15	9,19%
[illegible]	13,38	57,12%
[illegible]	23,40	100%

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
LOTERIAS CAIXA
MINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap
069-495992280-9
20/Mar/2018 HORA DF 11:08:12
LOT. 15.11054 5
LOCALIDADE : CHA GRANDE TERM 05321
AG. VINCULADA: 0943

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE
VALOR DO PAGAMENTO:

83860000000[illegible] 23400811004[illegible]
01268175[illegible]07 11241444163[illegible]

069-495992280-9
2ª VIA

[illegible]

[illegible] DE TENSÃO
LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
MÍNIMO MÁXIMO

GRUANA SEGUROS
05 OUT 2018

celpe
neoenergia

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 Viagem, Recife, Pernambuco - CEP 52050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905843-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES PONTES BEZERRA
PROX AO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA

CPF 022 323 424-92

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 15 DE NOVEMBRO 255 A

CENTRO/GRAVATA
GRAVATA/PE
55640-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
025331263	ÚNICA	24/07/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/07/2018	2002274908	1267875

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4009371198	07/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/08/2018	23/08/2018

TOTAL A PAGAR (R$): 28,31

DESCRIÇÃO DA FATURA

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,7472069	22,41
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,14
ICMS Subvenção-CDE-NF 017813144-23/05/18			0,41
Multa por atraso-NF 017813144 - 23/05/18			0,88
Multa por atraso-NF 021841547 - 22/08/18			0,62
Juros por atraso-NF 017813144 - 23/05/18			0,04
Juros por atraso-NF 021841547 - 22/08/18			0,58
Atualização IGP-M-NF 017813144 - 23/05/18			0,10
Atualização IGP-M-NF 021841547 - 22/08/18			1,07
TOTAL DA FATURA			28,31

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)
3151152134	CAT	22-06-2018	3.392,00	24-07-2018	3.417,00	32	1,00000		24,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	24,55	25,00	6,13
PIS	24,55	0,92	0,23
COFINS	24,55	4,28	1,05

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,6215600

RESERVADO AO FISCO

6A01 2D80 8C30 9980 37DE 4748 8B0A CA78

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO mês/2018	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,55	11,10	22,21
FIC	0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC	0,00	3,00	6,00	9,00

NÍVEL DE TENSÃO

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
4009371198	07/2018	15/08/2018	

83610000000-0 2831001100 [illegible]

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 COAF**[2].

[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 Jerica Jacinta B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907724 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Celio Serverino Batista Inscrito (a) no CPF sob o Nº 106930514 69, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Celio Serverino Batista, inscrito (a) no CPF sob o Nº 106 930514 69, 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: Rua 15 de novembro		Número: 255	Complemento: A
Bairro: Centro	Cidade: Gravatá	Estado: PE	CEP: 55640-000
Email:		Telefone comercial(DDD): 81 30113224	Telefone celular (DDD):

Gravatá, PE de Setembro de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Jerica Jacinta B. Ferreira
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josinaldo Lerinaldo da Silva,

RG nº 930514, data de expedição 14/09/91, Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 047.994.564-07, com domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Necreos, nº S/Nº, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Elio Severino Batista cujo o condutor era Elio Severino Batista.

Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA CG 160 FAN ESDI
Ano: 2017
Placa: PCM 2785
Chassi: 9C2KC2200HR609300
Data do Acidente: 18.07.18
Local e Data: Chã Grande 23.08.18

Chã Grande

Josinaldo Lerinaldo da Silva
Assinatura do Declarante

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

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE Laura Cunha Elkis | Oficial de Registro Civil e Tabelia
R. José Joaquim de Menezes, 92 – Centro – Chã Grande – PE CEP. 55556-000 – Tel. (081) 9 9119 8866 laurae@gmail.com
Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
JOSINALDO LERINALDO DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia.
Dou fé. _____ Substituta. Chã Grande, 23/08/2018 Em test. _____ da verdade.
Total: R$ 4,76 LAURA CUNHA ELKIS (OFICIALA)
Válido somente com o selo 0074302.TGW07201804.00006

Silvia Daiane de Santana

HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 02/08/2018 10:10

Atendimento: 286707 Entrada: 18/07/2018 Hora: 19:11
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 206091753480002

Paciente: 1615945 CELIO SEVERINO BATISTA
Nascimento: 05/05/1993 (25 Anos e 2 Meses)
Endereco: SÍTIO MACACOS
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55636-000
Cidade: 2604502 CHÃ GRANDE
Pai: GERALDO SEVERINO BATISTA
Mãe: MARINALVA DE LUNA SANTOS SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8950035 - SDS - PE
Telefone: / 991461872
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CHA GRANDE-PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 01/08/2018 20:19

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

15 DIAS FRATURA TNZ DIREITO - COM GESSO BOTA CARGA ZERO C 2 MULETAS

Exame físico:

RX TNZ - REDUÇAO MANTIDA
GESSO BOTA FOLGADO

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Hipótese diagnóstica:

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checagem
01 -	RETORNO 03 SEMANAS	
02 -	LAUDO INSS	
03 -	CARGA ZERO	
04 -	TROCAR GESSO	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* **COMANDA:**

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 02/08/2018 10:10

Atendimento: 286707 Entrada: 18/07/2018 Hora: 19:11
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 206091753480002

Paciente: 1615945 CELIO SEVERINO BATISTA
Nascimento: 05/05/1993 (25 Anos e 2 Meses)
Endereco: SÍTIO MACACOS
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55636-000
Cidade: 2604502 CHÃ GRANDE
Pai: GERALDO SEVERINO BATISTA
Mãe: MARINALVA DE LUNA SANTOS SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8950035 - SDS - PE
Telefone: / 991461872
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: CHA GRANDE-PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/07/2018 - 19:57

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Queixa do paciente:
DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE PELA MANHÃ. NEGA OUTRAS QUEIXAS ALERGIA -

Exame físico:
DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

Prescrição/Conduta: RX COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL SEM DESVIO
CD: GESSO BOTA
NÃO PISAR
RETORNO COM 3 SEMANAS

		Horario/Checagem
01 -		
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* **COMANDA:**

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone:(81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nº de Admissão:286707

Nome: CELIO SEVERINO BATISTA (1625945) SEXO: M PAINEL:

Data Nascimento: 05/05/1993 25 ANOS E 2 MESES Data da Admissão: 18/07/2018

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia Hora da Admissão:

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Queixa do paciente:
DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO APOS QUEDA DE MOTO HOJE PELA MANHÃ. NEGA OUTRAS QUEIXAS
ALERGIA -

Exame fisico:
DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta: RX COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL SEM DESVIO
CD: GESSO BOTA
NÃO PISAR
RETORNO COM 3 SEMANAS

		Horario/Checagem
01 -		
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: *(Enfermagem/Imobilização)* COMANDA:

Renato Bello Costa
Traumatologia/Ortopedia
CRM 17755 TEOT 13344

Relatório Emitido Eletrônicamente
Data: 18/07/2018 as 19:58

Dr. (a)RENATO BELLO COSTA
CRM: 17755

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

UBTM

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: CELIO SEVERINO BATISTA (1615945)
Nº de Admissão:287911
Data Nascimento: 05/05/1993 25 Anos e 2 Meses SEXO: M
PAINEL:
Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Data da Admissão: 01/08/2018
Serviço: 000 - Pronto Atendimento
Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE CELIO SEVERINO BATISTA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE, APRESENTANDO FRATURA MALEOLO LATERAL DE TORNOZELO DIREITO - 1o ATENDIMENTO EM 18.07.2018 . INDICADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO. NO MOMENTO, EM CARGA ZERO COM 02MULETAS.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO SEM PREVISÃO DE ALTA. PERIODO MINIMO PREVISTO 90 (NOVENTA) DIAS

CID = S82.6

Dra. Renata Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19748
TEOT 14435

Relatório Emitido Eletrônicamente
Data: 01/08/2018 as 20:28

Dr. (a)RENATA HIRSCHLE GALINDO
CRM: 19748

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 18/07/2018

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 18/07/2018

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: CELIO BENEDITO BATISTA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura Tornozelo Direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento Conservador com Imobilização Gesso Coxo + 60 dias

Fisioterapia + 20 sessões.

ALTA MÉDICA? [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [ ] SIM [X] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É **TEMPORÁRIA**, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] 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)

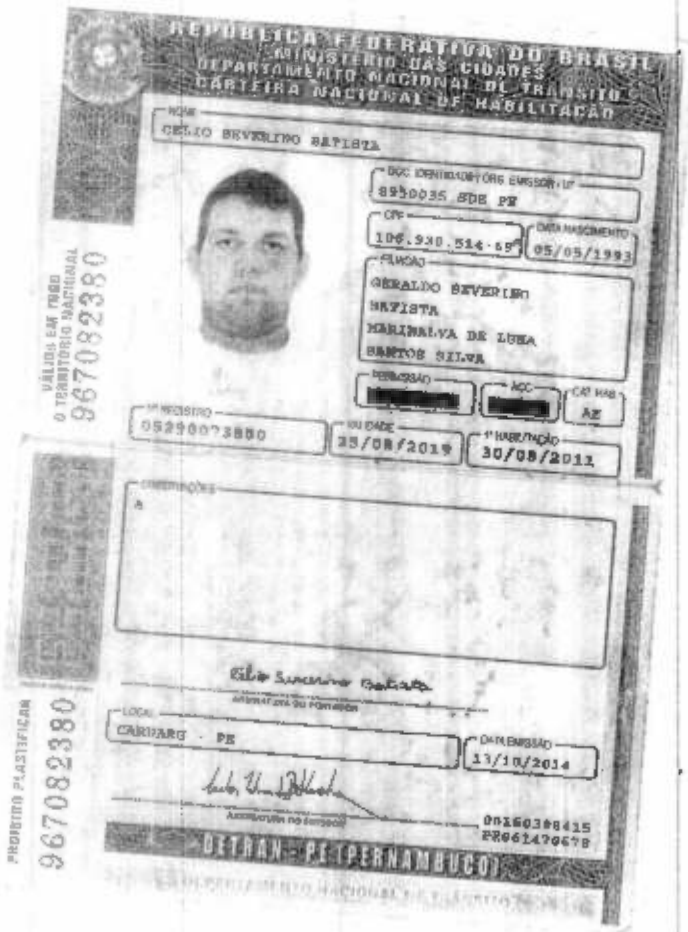
	SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO
1°	Membro Inferior Direito + SDX
2°	* Rigidez articular
3°	* Deficit Funcional Importante D.
4°	
5°	

ARGANA SEGURADORA
07 DEZ 2018

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 05/12/18 A 05/12/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Guarulhos DATA: 05/12/18 ASSINATURA E CARIMBO

João Ricardo P. Pernici
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 7142



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

NOME
CELIO BEVERLINO BATISTA

DOC IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
8950035 SDS PE

CPF
106.930.514-59

DATA NASCIMENTO
05/05/1993

FILIAÇÃO
GERALDO BEVERIO
BATISTA
MARINALVA DE LUNA
SANTOS SILVA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT HAB
AE

Nº REGISTRO
05290073880

VALIDADE
25/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
30/08/2012

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
11/10/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

08160388415
PE961470678

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
967082380

PROIBIDO PLASTIFICAR
967082380

ARUANA SEGUROS
05 OUT 2018