

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551652

Cidade: Gameleira

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 14/01/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DAS VERTEBRAS T6 E T7, SEM REPERCUSSÃO NEUROLÓGICA (FRANKEL E) E FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSÃO E LATERALIZAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA. EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO. LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ABERTURA ORAL E FORÇA MASTIGATORIA.

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DA COLUNA TORÁCICA, MAS SEM REPERCUSSÃO NEUROLÓGICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DAS LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			28,75 %	R\$ 3.881,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551652 **Cidade:** Gameleira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
FRATURA DA COLUNA TORÁCICA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR E REDUÇÃO DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551652 **Cidade:** Gameleira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
FRATURA DA COLUNA TORÁCICA. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR E REDUÇÃO DA MANDÍBULA. P2(ANEXO)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332533/19

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

CPF: 701.964.334-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA : 701.964.334-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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: 701.964.334-52 Nome completo da vítima: Jorafa Ferreira da Silva

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

Nome completo: Jorafa Ferreira da Silva CPF: 701.964.334-52
 Profissão: Desempregado Endereço: Eg. Limão Número: 102 Complemento: -
 Bairro: Engenho Limão Cidade: Cuiabá / Rio Formoso Estado: MT CEP: 55570-000
 E-mail: RENATOMALHEIROS@OUTLOOK.COM Tel(DDD): (81) 99543-4554

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: 4753 CONTA: 984722775 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIA

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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Recife, 20/11/2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jorafa Ferreira da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

324-731983618-2

20/NOV/2019

HORA DF 14:51:17

LOT: 15.024644-7

TERM: 054221

LOCALIDADE: RIBEIRAO

AG. VINCULADA: 4753

CONTROLE: 742326323

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4753 1288 000984722775-1

JOSAFA FERREIRA DA SILVA

VALOR

:

10,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

Prezado cliente, informamos que o
numero de sua conta foi alterado. Para
consultas futuras use o novo numero

324-731983618-2

1ª VIA

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190551652 Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551652

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **701.964.334-52** Nome completo da vítima: **Jenafa Ferreira da Silva**

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

Nome completo: **Jenafa Ferreira da Silva** CPF: **701.964.334-52**
 Profissão: **Desempregado** Endereço: **Eg. Limão** Número: **102** Complemento: _____
 Bairro: **Cucav** Cidade: **Rio Formoso** Estado: **PE** CEP: **55570-000**
 E-mail: **renatomalheiros@outlook.com** Tel. (DDD): **(81) 99543-4554**

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)

AGÊNCIA: **1260** **2** CONTA: **089 2245** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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.

25 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Ribeirão, 09/08/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Jenafa Ferreira da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.

BRADESCO

IMPRIMANTE DE RECIBO DE RETIRADA INSS

DATA: 04/09/2019

NEFICIARIO: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

CPF: 026574708-1 NIT: 000000000-0

IDADE: 1260-2 RAZÃO: 18-79 CONTA: 0092245-4

VALOR DA RETIRADA: 1.331,00

DEPARTAMENTO DE
CONTABILIDADE

25 SET 2019

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190551652
Nome do(a) Examinado(a): Josafa Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Eg Limao, 102
Cuca Rio Formoso PE CEP: 55570-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9419280
Data local do acidente: [14/01/2019]
Data local do exame: [04/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DAS VERTEBRAS T6 E T7, SEM REPERCUSSAO NEUROLÓGICA (FRANKEL E) E FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE AMBAS AS LESOES, COM ARTRODESE DA COLUMA TORACICA T4-T8 E FIXAÇÃO DA MANDIBULA COM 2 PLACAS E PARAFUSOS.
Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA COLUMA TORACICA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSAO E LATERALIZAÇÃO DA COLUMA TORACICA. EXAME NEUROLOGICO PRESERVADO. LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ABERTURA ORAL E FORÇA MASTIGATORIA.
- 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:
DEFICIT FUNCIONAL IMPORTANTE A COLUMA TORACICA E RESIDUAL AS ESTRUTURAS FACIAIS.
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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
SEGMENTO TORÁCICO DA COLUMA VERTEBRAL
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- 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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

549652
0332533/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0166000331

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/07/2019 às
12:23**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 14/1/2019 no período da Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 1, ENGENHO
ANTAS - Bairro: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GABRIELA MARIA DA SILVA (OUTRO)
FERNANDO HENRIQUE TEIXEIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA



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

**JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSÉ FERREIRA Pai: JUAREZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 9/5/1998
Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9419280/SDS/PE (RG),
78196433452 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: TÉCNICO (OUTROS) Telefones Fixos:
- 31996358538**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, , ENGENHO LIMÃO - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FERNANDO HENRIQUE TEIXEIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: IVANILDA MARIA TEIXEIRA Pai: ALDEMÁRIO MANOEL DA SILVA Data de
Nascimento: 26/4/1993 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
590586130/SSP/SP (RG), 6832837/SDS/PE (RG), 10102137412 (CPF) Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, , CONCEIÇÃO - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GABRIELA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GABRIELA MARIA DA SILVA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PF17422** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **204084568** Chassi:
9C2KC1870BR381123
Combustível: **ALCO/GASOL**

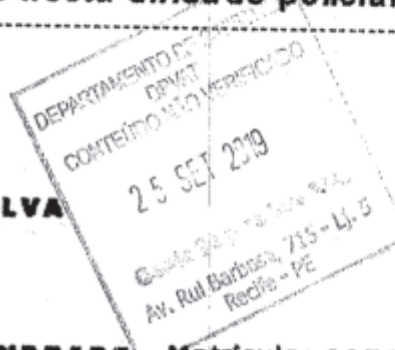
Complemento / Observação

ADVERTIDA SOBRE AS PENAS COMINADAS NOS ARTS. 208 E 340 DO CPB, SOBRE FALSAS DECLARAÇÕES E OMISSÃO DE INFORMAÇÕES RELEVANTES EM DOCUMENTOS PÚBLICOS, COMPARECERAM A ESTA DP A PESSOA DE JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA, JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO VÍTIMA, A QUAL ALEGOU QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRANSITAVAM NA MOTOCICLETA, ACIMA DESCRITA, PILOTADA POR ELE. ALEGA, A VÍTIMA, INFORMA QUE FOI PASSAR POR UM CAMINHÃO DE CANA QUE FECHOU SUA PASSAGEM, BATENDO NA SUA MOTO, FAZENDO-O CAIR NA BARREIRA. A TESTEMUNHA ESTAVA VINDO ATRÁS E O SOCORREU CHAMANDO A AMBULÂNCIA. O ACIDENTE ACONTECEU NO ENGENHO DANTAS, QUE A VÍTIMA INFORMA SER PRÓXIMO A DELEGACIA E FOI ATENDIDO NO HOSPITAL EM RIO FORMOSO, COM LESÕES CONFORME DESCRITAS NA FICHA DE ATENDIMENTO, SENDO ENCAMINHADO PARA O HR, E PASSANDO 2 MESES E SEIS DIAS NO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NADA MAIS A ACRESCENTAR, NO MOMENTO ENCERRO O REGISTRO DESTA BOE QUE, DEPOIS DE LIDO E ACHADO CONFORME, VAI DEVIDAMENTE ASSINADO PELO ENVOLVIDO PRESENTE AO PLANTÃO.

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

Josafá Ferreira da Silva
JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

FERNANDO HENRIQUE TEIXEIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)



B.O. registrado por: **RUANA PEDROSA ANDRADE** - Matrícula: **3876853**

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: **701.964.334-52** Nome completo da vítima: **Jenafa Ferreira da Silva**

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

Nome completo: **Jenafa Ferreira da Silva** CPF: **701.964.334-52**
 Profissão: **Desempregado** Endereço: **Eg. Limão** Número: **102** Complemento: _____
 Bairro: **Cucau** Cidade: **Rio Formoso** Estado: **PE** CEP: **55570-000**
 E-mail: **renatomalheiros@outlook.com** Tel. (DDD): **(81) 99543-4554**

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: **1260** **2** CONTA: **089 2245** **4**
 (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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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.

25 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Ribeirão, 09/08/2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Jenafa Ferreira da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

FICHA INTERNA DO PACIENTE: DATA 14/01/2019 CARTÃO SUS: _____
HORA DE ENTRADA: 08:35 HORA DE SAÍDA: _____ TELEFONE: _____

NOME: JOSATA FERREIRA DA SILVA
ENDEREÇO: ENG LIMA
DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1996 IDADE: 22 ANOS
FILIAÇÃO: PAI: JHARZ FERREIRA DA SILVA
MÃE: MARIA JOSE FERREIRA
RESPONSÁVEL: _____

TRIAGEM/QUEIXA PRINCIPAL:

PA: 120 X 80 T: _____ PESO: _____ HGT: 121 FC: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Empresário vítima de queda de moto com
sinus de fratura mandibular 1. Estável.

EXAME FÍSICO: BEG. Vigor. Espirito. ECG = N. Estável,
AE e AC: NDN.
ABD: NDN.

EXAMES SOLICITADOS:

HD: LBM (Queda moto) | Fratura mandibular.

CONDUZA/PRESCRIÇÃO MÉDICA

- ①. SSS 1.500ml (E)
- SFO 91.500ml
- ②. Vitam. C / comp. B 0.0mg (E) 300.
- ③. Cefeporo 100mg (m) 1g
- ④. Dexam 10mg (m) 1g
- ⑤. Transfusão - CBMF - HGV.
- (Senha: 5596194) 04:12h.

DEPARTAMENTO DE
CONTROLE
25 SET 2019
Banco de Dados
Av. Rod. 1000

Bruno Viana
MÉDICO PLASTICISTA
URGENCIAS EMERGÊNCIA
CRM 178977/PR
14 JAN 2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
MARIA JOSE FERREIRA

DATA DE VENCIMENTO
24/07/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
17/07/2019

CONTA CONTRATO
4002755209

ENDEREÇO
EG LÍMAO 102 -ENGENHO
LÍMAO/CUCAU RURAL -55570-000 RIO
FORMOSO PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 177,92

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/07/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
069863303

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
14/06/2019 a 17/07/2019

CONSUMO
219

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 43,23

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
4002755209

MÊS/ANO
07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 177,92

VENCIMENTO
24/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838300000012 779200110046 002755209105 141250653838



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF 036 232 064-05

B3 COMERCIAL

OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551

AP-01

PIEDAL IMPRAZERES

JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

54410-010

Nº DA NOTA FISCAL 080419508
SÉRIE ÚNICA
EMISSÃO 24/04/2019
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE 2015508720
Nº DA INSTALAÇÃO 1847010

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
70253583-8 07/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA DE VENCIMENTO
09/05/2019 24/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 270,80

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	293,000000	0,7738892	228,59
Contrib. Rum. Pública Munic. pal			37,81
ICMS Subvenção-CCP-NF 051951287-21/02/19			1,71
Multa por atraso-NF 055613915 - 25/03/19			4,66
Juros por atraso-NF 055613915 - 25/03/19			0,07
Atualização IGPM-NF 055613915 - 25/03/19			0,18

TOTAL DA FATURA 270,80

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
31010203	CAT	26/05/2018	4 190,00	21/04/2019	4 487,00	30	1,0000		293,00

Mês/Ano	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Composição do Consumo	R\$	%
ABR19 293				Geração de Energia	99,33	30,02%
MAR19 360	228,59	75,00	50,94	Transmissão	10,12	4,47%
FEV19 385	326,59	1,20	1,85	Distribuição (Celpe)	47,30	20,89%
JAN19 328	326,59	6,20	14,07	Perdas de Energia	14,89	6,57%
DEZ19 272				Encargos Setoriais	12,10	5,38%
NOV19 304				Tributos	73,26	32,54%
OCT19 275				Total	228,59	100%
SET19 225						
AGO19 246						
JUL19 184						
JUN19 192						
MAI19 233						
ABR19 213						

Pague no próximo período de vencimento o valor de R\$ 270,80 (duzentos e setenta e oito reais e oitenta centavos) referente ao consumo de energia elétrica de abril de 2019. O valor de R\$ 270,80 (duzentos e setenta e oito reais e oitenta centavos) é devido até o dia 09/05/2019. O valor de R\$ 270,80 (duzentos e setenta e oito reais e oitenta centavos) é devido até o dia 09/05/2019. O valor de R\$ 270,80 (duzentos e setenta e oito reais e oitenta centavos) é devido até o dia 09/05/2019.

DEPARTAMENTO DE SANITÁRIOS
CONTROLE DE QUALIDADE
25 SET 2019
Cada Sete
Av. Rui Barbosa
Recife

CONSUMO	VALOR AJUSTADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENÇÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
293	0,00	4,00	0,20	19,82	220	202 239
360	0,04	3,10	0,25	12,70		
385	0,04	2,70	0,30	0,60		

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
70253583-8 07/2019 09/05/2019 270,80
83840000002-2 70800011007-8 02532562610-9 13929593823-8



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.232.004 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joafá Ferreira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.964.334 / 52

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez

da Vítima Joafá Ferreira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.964.334 / 52

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: desempregado

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:

R. Bernardo Vieira de Melo

Número: 1551

Complemento: —

Bairro:

Piedade

Cidade:

Itaboraí dos Guararapes

Estado:

PE

E-mail:

renatomalheiros@outlook.com

CEP: 574410-010

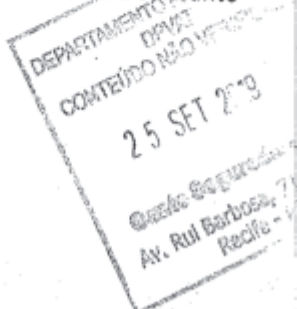
Tel. (DDD):

(81) 99543.4554

Local e Data: Recife, 23 de setembro de 2019.

Renato César M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante



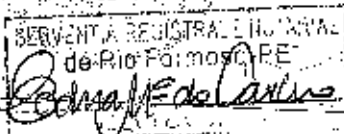
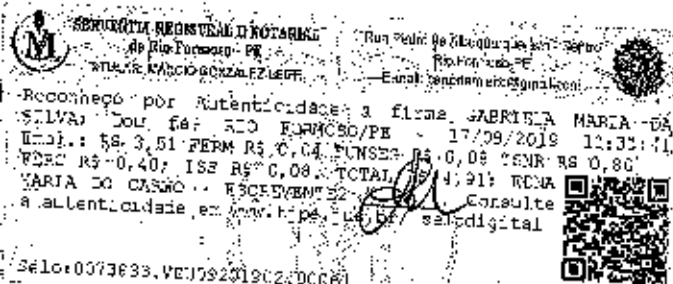
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gabriela Maria da SilvaRG nº 8.999.443 data de expedição 34/05/2030Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 104.480.584-64 comdomicílio na cidade de RIO FORMOSO, no Estado de PE,
onde reside na (Rua/Avenida/Estrada) _____, nº _____, complemento _____

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Francisco de SilvaVeículo: Ano: HONDA 125 150 FAN 2011Modelo: HONDA 125 150 FAN ECIPlaca: PEI 7422Chassi: 902K P 1670 BR 361123Data do Acidente: 14/01/2019Local e Data: RIO FORMOSO, 17/09/2019Gabriela Maria da Silva

Assinatura do Declarante



14 JAN 2010

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1663310	ATENDIMENTO: 01079375
DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1996	FOI ATENDIDO EM: 14/01/2019 ÀS	
	DATA DA ALTA: 19/03/2019 ÀS	

Diagnóstico Provável:

- POLITRAUMA
- FRATURA DE COLUNA TORÁCICA
- CID 10 S24
- TRM FRANKEL E
- FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA + PO CIRURGIA BMF (15/01/19)
- FRATURA DE COLUNA TORÁCICA

- TRM FRANKEL E

CID10: S24

Tratamento Realizado:

- PO REDUÇÃO DE FRATURA MANDIBULAR DIREITA (15/01/19)
- PO DE ARTRODESE TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR.
- ANALGESIA

Observação:

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO. CHEGOU AO HR DESORIENTADO, COM DEFORMIDADE NA FACE. FEZ CT DE CRÂNIO QUE NÃO EVIDENCIOU LESÕES NEUROCIRÚRGICAS AGUDAS, PORÉM CT DE COLUNA COM SINAIS DE FRATURA EM COLUNA TORÁCICA ALTA; FOI OPERADO PELA BMF DEVIDO TRAUMA DE MANDÍBULA. SUBMETIDO ARTRODESE TORÁCICA T4-T8 VIA POSTERIOR. SEGUE ESTÁVEL ALERTA, SEM QUEIXAS. FO LIMPA E SECA.

- ORIENTO RETIRAR. PONTOS COM 10 DIAS DA ALTA. CURATIVO DIÁRIO.
- AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS.

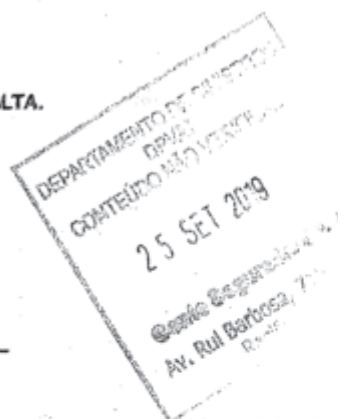
ECGS: 15 FRANKEL E

Encaminhado para:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATORIO DE COLUNA COM DR DEOCLIDES COM 15 DIAS DA ALTA.
- AO AMBULATORIO DE DR ABRÃO XIMENES COM 3 MESES.

Dilson André
Médico Residente
Neurocirurgia
CRM 724869

RENATA RAIZZA MONTEAZZO CYSNEIROS - CRM: Nº.20718



Recife, 20, FEVEREIRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



GOVERNO MUNICIPAL
RIO FORMOSO
O futuro é cuidar das pessoas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO FORMOSO
FORMULÁRIO PARA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM

Hq. Rio Formoso

Nº PRONTUÁRIO

NOME:

DONATA PEREIRA DA SILVA

UNIDADE DE DESTINO

Hq. Rio Formoso

SENHA:

000000

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Úlcera de Morte e Fatores de Risco

IDADE:

49 anos

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Úlcera de Morte e Fatores de Risco

Úlcera de Morte e Fatores de Risco

Úlcera de Morte e Fatores de Risco

Úlcera de Morte e Fatores de Risco

Úlcera de Morte e Fatores de Risco

Úlcera de Morte e Fatores de Risco

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPS
GOVERNO MUNICIPAL DO RIO FORMOSO
25 SET 2019
Rua da Saúde, 75 - Lj. 1
Ribeirão - PE

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

BRYNO VIANA
MÉDICO PLACENTISTA
CRM: 11931 / CPM: 470

NOME E CARIMBO

DATA: 14 JAN 2019
HORA: 08:24

UNIDADE MÓVEL:

() SAMU

() AMBULÂNCIA

() UTI MÓVEL

OBSERVAÇÃO

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatai que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do paciente: Josefa Ferreira da Silva
Número do documento de identificação (documento com foto): _____

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10:

- 1) Dolus trauma, pequena complexa de mandíbula, PO
- 2) Fratura de Coluna Cervical T6m Fratura

- Medicações em uso: _____

- Início da doença: 14 de fevereiro

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

☐ Não.
☒ Sim. Quais (descrição breve e resultado)? Não se submeteu a exames complementares.

- Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente? Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

O paciente ficou com dor no local da lesão, dificuldade de andar.

- A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

- ☐ Não existe incapacidade laborativa.
☒ Incapacidade laborativa por tempo indeterminado.
☐ Incapacidade laborativa definitiva para realizar qualquer atividade.
☐ Incapacidade laborativa por tempo indeterminado com agravamento do quadro clínico.
☐ Incapacidade laborativa definitiva para realizar qualquer atividade com agravamento do quadro clínico.
☐ Incapacidade laborativa parcial (Limitação).

Motivo: O paciente sofreu acidente de trabalho, fraturando a coluna cervical de ordem laborativa.

- a incapacidade é reversível?

- ☒ Sim.
☐ Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

Dr. Fernando 17/04/2019

Assinatura do Médico
CPF: 0253881-7

NOME DO MÉDICO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
9.419.280	13/03/2012
<< JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA >>	
<< JUREZ FERREIRA DA SILVA >>	
<< MARIA JOSE FERREIRA >>	
FORMOSO - PE	09/05/1996
<< CN 5864 L AOS-F ES-CART COCAU-PIO FORMOSO-PE-02.04.1997 >>	
701.964.334-52	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LETRA EM DEBIDO	

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
	Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Número	701.964.334-52
Nome	JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA
Nascimento	09/05/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 SET 2019
Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 710 - 4º andar
Recife - PE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOBIL
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

ASSINATURA
BEINALDO JOAQUIM CAVALCANTI
AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

NATURALIDADE
RECIFE-PE

RG
0102009 - SSP/PE
CLASSIFICACAO DE USUARIOS E TITULOS
NÃO

DATA DE NASCIMENTO
20/11/1981
CPF
039.232.004-53
VIA
01 13/04/2012

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324378

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 12 da Lei nº 8.306/94)

ASSINATURA DO PORTADOR
Renato Cesar M. Cavalcanti

Observações

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS
DEMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 SET 2012
Coord. Suprimentos
Av. Rui Barbosa
Recife

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - PE
Nº 014487993187
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 104 480 584-64
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 05/02/19

GABRIELA MARIA DA SILVA

RIO FORMOSO-PE

104 480 584-64

90266157006361123

PAS /MOTOCICLETA

BOMBA/OC 150 FAR EST

20/1490L

CARTÃO

PIRELLA

IPVA 2019 QUITADO

104 480 584-64

80 11 SEGURO 521845880104/02/19

SEM RESERVA

RESERVA DE FONTE OBRIGATORIO

RIO FORMOSO-PE

05/02/19

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

PE Nº 014487993187 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GABRIELA MARIA DA SILVA
VIA COMERCIAL 01
CICLO 2004 NITRAL RIO FORMOSO-PE
55570-000

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

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

EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 05/02/19

104 480 584-64
PLACA
2019

294904569
BOMBA/OC 150 FAR EST

2019
90266157006361123

PRÊMIO TARIFÁRIO

104 480 584-64
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4 01
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40 06

4 15
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4 32
CUSTO DO SEGURO (R\$) 84 50

2019
04/02/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DETRAN-PE - GABRIELA MARIA DA SILVA
RUA N.º 100 - JARDIM GABRIELA - RIO FORMOSO-PE

014487993187
RECIBO PE Nº

PE

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

05/02/19



000. RENAVAM- 294904569

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
GABRIELA MARIA DA SILVA
25 SET 2019
ASSINATURA
GABRIELA MARIA DA SILVA
Av. Rui Barbosa, 715-11-2
Recife-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1260 CONTA: 0892245 4

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura do(a) representante legal ou do(a) beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 11 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332533/19

Vítima: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

CPF: 701.964.334-52

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/01/2019

Titular do CPF: JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JOSAFÁ FERREIRA DA SILVA : 701.964.334-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA