

BOM JARDIM (PE), 26 DE NOVEMBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190634099

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 05/08/2019, onde sofri LESÕES GRAVES NA MINHA CLAVICULA ESQUERDA E FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Marcelo Oliveira da Silva
MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.363.557 SDS/PE - CPF 125.107.684-09
DATA DO ACIDENTE: 05/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA
ENDEREÇO: SI AROEIRAS, 252-B, ZONA RURAL BOM JARDIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 04 DE SETEMBRO 2019



marcelo oliveira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(NHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10 - Centro, Surubim-PE
Fone: (81) 3534-1413 - E-mail: carlos@tabelionato.com.br
Cruzeta Maria Silva de Lima - Tabelão Público

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) MARCELO OLIVEIRA DA SILVA
Dou fe. Surubim, quarta-feira, 4 de setembro de 2019 - 10:45h
Em Testemunho _____ Sou da verdade.
Elizabete Lima de Andrade Cadena - 2ª Substituta
Total: 4,91 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.
Selo(s): 0073214-ZVT08201901-00285-Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396768/19

Número do Sinistro: 3190634099

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 125.107.684-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 29/11/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396768/19

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 125.107.684-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA : 125.107.684-09

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: 12/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634099

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO OLIVEIRA 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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634099

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001295**

Conta: **0000028549-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634099

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
125.107.684-09 MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA 6 - CPF: 125.107.684-09
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: SI AROEIRAS 9 - Número: 252 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BOM JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55730-000
15 - E-mail: AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 28549 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 (vair nascer)? ☐ 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

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: BOM JARDIM PE 04/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002302**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **11:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/8/2019** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90 KM 64, 1, BAIRRO MARACAJÁ** - Bairro: **PE 90** -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARCELO OLIVEIRA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**

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

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA DA SILVA** Pai: **MANOEL ABDIAS DA SILVA** Data de Nascimento: **4/12/1994** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9363557/SDS/PE (RG), 12510768409 (CPF), 06827405237 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 81996858024**

Residencial: **SÍTIO AROEIRAS, PRÓXIMO A DONA TOZINHA - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DONA TOZINHA**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PCV0794** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Chassi: **9C2ND1110GR001474**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **COD. RENAVAL1083231216.**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE MARCELO OLIVEIRA DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 05/08/2019, POR VOLTA DAS 07:30 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, COR PRETA, ANO/MOD 2016/2016, PLACA PCV-0794-PE, SENTIDO RECIFE/SURUBIM, NA RODOVIA PE 90, NESTA CIDADE E NAS PROXIMIDADES DO POSTO MARACAJÁ, NO MOMENTO EM QUE FAZIA UMA ULTRAPASSAGEM UM ANIMAL (CACHORRO) ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU ATROPELANDO O ANIMAL E PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA E CAIU JUNTAMENTE COM A MOTO E NA QUEDA SE FERIU GRAVEMENTE E LOGO APÓS DEU ENTRADA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E BOLETIM DE EMERGÊNCIA N° 00082546 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA
(VITIMA)

Marcelo Oliveira da Silva

B.O. registrado por: JOSÉ ROBERTO DA SILVA - Matrícula: 119534-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

125.107.684-09

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

125.107.684-09

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

REC. INF

SI AROEIRAS

252

CAÇA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

ZONA RURAL

BOM JARDIM

PE

55730-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR

81-99700-1998

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 28549 8

(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.

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 (vair nascer)? ☐ 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

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:

BOM JARDIM PE 04/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000028549-8

Nr. da Autenticação 06A14737F0EC813D



Tarifa Especial de Iluminação Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATOR VOLTAGEM - ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 5º andar, J. 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-00 | Insc. Est. 0605424-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI ARCEIRAS 252 - B

CPF: 613.066.904-63

ZONA RURAL BOM JARDIM BOM JARDIM R
BOM JARDIM PE
55730-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NOTA FISCAL	EMISSÃO	VALIDADE
070821578	UNICA	24/07/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VALIDADE
24/07/2019	20/08/2019	20/08/2019

CONTA/CONTRATO	MES/ANO
7018/52241	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VALIDADE
31/07/2019	23/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,86

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	49,0000000	0,78083095	38,25
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,71
Correio Ilum. Pública Municipal			1,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 063274522-24/05/19			0,37
Multa por atraso-NF 087183178 - 22/08/19			0,71
Juros por atraso-NF 087183178 - 22/08/19			0,06
Auxílio de IOPM-NF 087183178 - 22/08/19			0,07
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,49
TOTAL DA FATURA			40,86

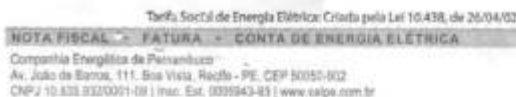
DESCRIÇÃO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	IP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		20/07/19	12	24/07/19	61	31	1,0000		49,00

ANÁLISE DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TAXAS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
JUL 19	49	ICMS PIS COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Transmissão	R\$	1,40	3,58%
AUG 19	48		35,00	0,92	0,31	Distribuição (Celpe)	R\$	8,83	21,88%
MAI 19	60		35,06	0,91	1,40	Perdas de Energia	R\$	2,88	6,90%
ABR 19	63					Reserva Setorial	R\$	2,21	5,15%
MAR 19	61					Tributos	R\$	11,83	28,99%
FEV 19	58				Total	R\$	38,86	100%	
JAN 19	63								
DEZ 19	59								
NOV 19	57								
OUT 19	57								
SET 19	50								
AGO 19	42								
JUL 19	40								

PARA O CONSUMIDOR, A CELPE INFORMA QUE A CONDIÇÃO DE PAGAMENTO É À VISTA, SEM DESCONTO.
A taxa de juros é de 12% ao ano, calculada sobre o valor devido. O cliente é responsável por manter o pagamento em dia, sob pena de incidência de multa e juros. Pagos em atraso geram multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, além de juros de 12% ao ano. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido do sistema de medição.

Atenciosamente,
Diretor Geral da CELPE
Dr. Carlos Augusto de Azevedo
Assinatura: [Assinatura]
Carimbo: [Carimbo]

NOTA DE FÉRMÃO
Recebido em [Data] às [Hora] horas.



DADOS DO CLIENTE
ALFABETIZAÇÃO GOURA DE A. FERNANDES

CPF 945 734-444-08

ENDEREGO DA UNIDADE C
RUA JOÃO DE LIMA, 13 - FLORES

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
07/01/20017	021 A	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	20110000000	276 0000

CÓDIGO CONTRATO	MÉTODO
7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(3339)	108.0000000	0,91089952	97,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Iru: Publica Municipal			8,64
ICMS Subvengão COE- NF 066724779-0407/19			0,76
ICMS Subvengão COE- NF 073044387-0508/19			0,80
Multa por atraso- NF 070948284- 0403/19			1,35
Multa por atraso- NF 070948284- 0409/19			0,11

TOTAL DA FÁBULA

10274

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR K07919	TIPO DA FUNÇÃO L47	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS 31	CONSTANTE 1.00000	AJUSTE	CONSUMO (KW/h)
		DATA 04-06-2019	LEITURA 26.129,00	DATA 07-10-2019	LEITURA 26.237,00				108,90

MÉTODOS DE REGISTRO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Out 19	100	ICMS 30,00 PIS 9,00 COFINS 9,00	BASE DE CÁLCULO 30,00 1,20 5,52	% 35,00 1,20 5,52	VALOR DO IMPORTE 35,28 1,20 5,52	Perda de Energia R\$ 36,40 21,96%	R\$ 36,40 21,96%	% 36,40 21,96%
Set 19	81		Perda de Energia R\$ 19,81 11,07%	R\$ 19,81 11,07%	% 19,81 11,07%			
Ago 19	113		Perda de Energia R\$ 6,17 3,03%	R\$ 6,17 3,03%	% 6,17 3,03%			
Jul 19	110		Energia Sotuciada R\$ 4,51 2,26%	R\$ 4,51 2,26%	% 4,51 2,26%			
Jun 19	162		Tributação R\$ 20,90 12,23%	R\$ 20,90 12,23%	% 20,90 12,23%			
Mai 19	123				Total R\$ 93,00 100%			
Abri 19	172							
Mar 19	108							
Fev 19	162							
Jan 19	133							
Dez 18	110							
Nov 18	148							
Out 18	133							

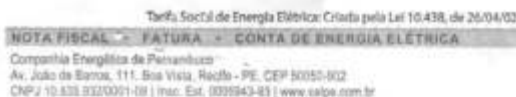
Observação: **TERMINAL APLICADO** 054833300

RENDIMENTO FÍSICO
 1000 BTUS POR LITRO A 1000 BTUS POR LITRO

[illegible]

As condições gerais de funcionamento (Resolução nº 11.400/01), bem como a atuação dos órgãos e instituições envolvidas e responsáveis, são a base para a elaboração integrada de planos de trabalho e de ações.





DADOS DO CLIENTE
ALFABETIZAÇÃO GOURA DE A. FERNANDES

CPF 945 734-444-08

ENDEREGO DA UNIDADE C
RUA JOÃO DE LIMA, 13 - FLORES

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
07/01/2010/7	021 A	07/10/2010
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2010	201100000000	276 0000

CÓDIGO CONTRATO	MÉTODO
7005749888	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(3339)	108.0000000	0,91089952	97,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Iru: Publica Municipal			8,64
ICMS Subvengão COE- NF 066724779-0407/19			0,76
ICMS Subvengão COE- NF 073044387-0508/19			0,80
Multa por atraso- NF 070948284- 0403/19			1,35
Multa por atraso- NF 070948284- 0409/19			0,11

TOTAL DA FÁBULA

10274

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
K07919	L4T	DATA 04-06-2019	LEITURA 26.129,00	DATA 07-10-2019	LEITURA 26.237,00	31	1.00000		108,00

MÉTODOS DE REGISTRO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Out 19	100	ICMS 30,00 PIS 9,00 COFINS 9,00	BASE DE CÁLCULO 30,00 1,20 5,52	% 35,00 1,20 5,52	VALOR DO IMPORTE 35,28 1,20 5,52	Perda de Energia R\$ 36,40 21,96%	R\$ 36,40 21,96%	% 36,40 21,96%
Set 19	81		Perda de Energia R\$ 3,23 0,47%	R\$ 3,23 0,47%	% 3,23 0,47%			
Ago 19	113		Distribuição (Cotep) R\$ 19,81 21,07%	R\$ 19,81 21,07%	% 19,81 21,07%			
Jul 19	110		Perda de Energia R\$ 6,17 6,03%	R\$ 6,17 6,03%	% 6,17 6,03%			
Jun 19	162		Energia Sotuciada R\$ 4,61 4,26%	R\$ 4,61 4,26%	% 4,61 4,26%			
Mai 19	123	Tributação R\$ 20,90 22,23%	R\$ 20,90 22,23%	% 20,90 22,23%				
Abri 19	172	Total R\$ 93,00 100%	R\$ 93,00 100%	% 93,00 100%				
Mar 19	166	Consumo Abonador			TERMINAIS APLICADAS 0,54833300			
Fev 19	162	RENDIMENTO FÍSICO 100,00%						
Jan 19	143	100,00%						
Dez 19	170	100,00%						
Nov 19	146	100,00%						
Out 19	133	100,00%						

[illegible]

As condições gerais de funcionamento (Resolução nº 11.400/01), bem como a atuação dos órgãos e instituições envolvidas e responsáveis, são a base para a elaboração integrada de planos de trabalho e de ações.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^c MOURA DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELO OLIVEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.107.684 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima MARCELO OLIVEIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.107.684 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CRSA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98129-8619</u>

SURUBIM/PE de 11 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana M^c M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

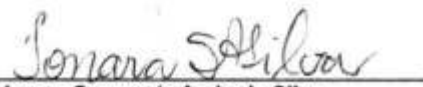


- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Marcelo Oliveira da Silva**, nascido no dia 04/12/1994, filho da Sra. **Maria Dos Anjos Oliveira da Silva** e do Sr. **Manoel Abidias da Silva**. Residente no sítio Aroeiras na Cidade de Bom Jardim - PE.

Solicitou no dia 16/09/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente (queda de moto). Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. **Gentil Augusto de Miranda** no dia 05/08/2019 pelo médico plantonista Dr. **Manueliton Matias CRM -25865**.

Surubim, 16 de setembro de 2019.



Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463


BOLETIM DE EMERGÊNCIA		PRONTUÁRIO: 051738		CLASSIFICAÇÃO AMARELO		Nº OCORRÊNCIA: 00082546	
Nome: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA		Idade: 24 Anos 8 Meses 1 Dia		CNS:		Est.Civil: SOLTEIRO(A)	
End.: AROEIRAS		Nº:		Nascimento: 04/12/1994		CEP: 55730000	
Mãe: MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA DA SILVA		Doc nº: 9363557		Nacio.: BRASILEIRA		Bairro: ZONA RURAL	
Pai: MANOEL ABIDIAS DA SILVA		Acom.:		Sexo: MASCULINO		Cor/Raça: PARDO	
Profi.:		Telefone: 81 97267587		Cidade: BOM JARDIM			
Encaminhamento: CLINICA MÉDICA							
Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: QUEIXA DOR EM CLAVICULA ESQUERDA. ALEGA UM ACIDENTE DE MOTO HA +/- 10 MINUTOS.				Procedência: Residência			
				Doenças preexistentes: NEGA			
				Régua de dor:			
Intolerância/Alerg.: NEGA				Pré-consulta:			
Parâmetros: PA: 15/10 FC: R: T: HGT: Spo2: GLASGOW: Peso: *							
Estado do Paciente: Consciente Orientado							
Sintomas:							
Dor torácica:		Duração da dor:		Localização:			
Dor presente:		Irradiação:					
Edemas:							
Observações:							
Últimas Ocorrências	Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:						
Queixas / Diagnóstico				Tratamento			
<p>dor em caturro escapula (i) após trauma híst do um c/ dificuldade de movimento membro. Início do quadro após queda de moto.</p>				<p>1) talitrem OMS (IM) 08:359 2) diclofenac OMS (IM) 08:459 3) Rx de ombro (C) h/s/alterar.</p> <p>Anderson Clayton de Rocha Téc. Enfermagem CRM: 25865</p>			
Exames complementares				Impressão diagnóstica			
				<p>Dr. Osteomuscular</p>			
Motivo da saída: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado				Justificativa:			
Encaminhado:				Removido:			
Óbito às: h m do dia: / /				Data saída: / / Hora saída: :			
<input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Nebulização <input type="checkbox"/> Adm. de medicamento <input type="checkbox"/> Retirada de ponto		Técnico / Coren		Atendimento Médico <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Obs. até 24 hs Horário: :		Médico / CRM <p>Dr. Manoel de Matias Médico CRM: 25865</p>	
Cód procedimento							
Técnico / Conselho							
Horário							
DATA: 05/08/2019 08:52:37 RECEPCIONISTA: RANIELI CRISTOVAO DA SILVA TRIAGEM: SEVERINA BATISTA DA SILVA							

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**, 24 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de agosto de 2019 que resultou em fratura do 2º arco costal à esquerda e luxação acrômio-clavicular grau III no ombro esquerdo. Encontra-se em tratamento conservador com imobilização ortopédica e medicação analgésica.

Surubim, 4 de setembro de 2019
09:56:31

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695


ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

Para: **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**

Uso interno:

TANDRILAX _____ 1 cx

Tomar 01 comp. vo de 12/12 h.

Ao retomar traga esta receita.
Não trocar o medicamento receitado (LEI 9787/99)
(Poderá ser trocado somente pelo genérico, com faixa amarela e letra G)

Surubim, 4 de setembro de 2019
09:57:03

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDISTA
CRM 11695

Roberto Mateus
ORTOPEDISTA
CRM 11695



Para: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Uso interno:

XEFO 8mg _____ **1 cx**

Tomar 01 comp. vo de 8/8 h.

LISADOR DIP 1g _____ **1 cx**

Tomar 01 comp. vo 8/8 h

*Ao retornar traga esta receita.
Não trocar o medicamento receitado (LEI 9787/99)
(Poderá ser trocado somente pelo genérico, com faixa amarela e letra G)*

**Surubim, 21 de agosto de 2019
08:50:14**

Roberto Mateus
ORTOPEDISTA
CRM-11695

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA,
Sex Masc.
Data de nascimento: 04/12/1994
ID: PAT007823

Data de aquis.: 16/10/2019
Hora de aquis.: 08:59:20
Índice de exp.: 2068

Esq.



8cm

OMBRO CLAVÍCULA
AP
W: 4153, L: 2183
ID de técnico: técnico

Escala: 1.41
INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATEUS

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA,
Sex Masc.
Data de nascimento: 04/12/1994
ID: PAT007823

Data de aquis.: 16/10/2019
Hora de aquis.: 09:01:37
Índice de exp.: 2077

ZF 105



8cm

OMBRO CLAVÍCULA
AP
W: 4081, L: 1850
ID de técnico: técnico

Escala: 1.41
INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATEUS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



PE

NOME

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

9363557 SDS PE

CPF

125.107.684-09

DATA NASCIMENTO

04/12/1994

FILIAÇÃO

MANOEL ABIDIAS DA SILVA

A

MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA DA SILVA

PERMISSÃO

00000000

ACC

00000000

CAE HAB

AB

Nº REGISTRO

06827405237

VALIDADE

02/09/2021

1ª HABILITAÇÃO

17/04/2017

OBSERVAÇÕES

Marcelo Oliveira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SURUBIM, PE

DATA EMISSÃO

18/04/2018

Charles Andrews Louie Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

05316634847
PE085614203

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1564876675
 PROIBIDO PLASTIFICAR
1564876675

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE DE REGISTRO CIVIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
ANTERIOR À LEI Nº 6.015/66

PE

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / GRUPO EMISSOR / UF
4810388 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE OSMAR DE MOURA
ISMARTE FERRIRA DE MOURA

PERMISSÃO
ACI
CAT. HAB.
3

Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
08/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SUNGUMIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Nelson Antônio Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

53286755000
PE078605879

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961
VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014669031542
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM EXERCÍCIO
1 1003231 ***** 2019

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

BOM JARDIM-PE
125-107-694-09 PLACA
PCV0794

CHASSI
9C2ND1110GR001474

PAS MOTOCICLO
MARCA/MODELO
HONDA/XRE 300

ANO/FAB 2015 2015
COR/PREDOMINANTE
PRETA

CAP/ROT/CIL
28/25/10
CATEGORIA
PARTIC

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
1ª *****
2ª *****
3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80,11 0,32 15/02/19

3EM RESERVA OBSERVAÇÕES

BOM JARDIM-PE

DATA
03/08/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DETRAN - PE Nº 014669031542

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

PE Nº 014669031542 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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

BOM JARDIM-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 03/08/19

CHASSI 125-107-694-09 PLACA PCV0794

RENAVAM 1888291216 MARCA/MODELO HONDA/XRE 300

ANO/FAB 2016 09 Nº CHASSI 9C2ND1110GR001474

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 36,05 CEMTRAN (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 84,58

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/02/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 001.243.308/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
F.P. Nº 014669031542

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396768/19

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 125.107.684-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA : 125.107.684-09

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: 12/11/2019

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos