

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.388.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005845-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTÃO 116
Atendimento ao cliente audível ou de fala: 0800 281 01422
Ouvidoria 0800 282-5699
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GEOVANO GALMO BORBA CPF: 780.668.404-76	DATA DE VENCIMENTO 13/03/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 188,51	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/03/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/03/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 007894126	CONTA CONTRATO 007004026599 Nº DO CLIENTE 2001121529 Nº DA INSTALAÇÃO 8006228387
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VIG HENRIQUE 222 -B CENTRO/TIMBAUBA 55670-000 TIMBAUBA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 4628.83DC.C518.70E9.3F8F.9887.7E31.3660			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	242,00	0,69558105	168,53
Contribuição Iluminação Pública			34,14
ICMS Subvenção-CD-E-NF 000378382-09/12/17			1,38
Multa por atraso-NF 000372903 - 05/01/18			2,25
Juros por atraso-NF 000372903 - 05/01/18			1,28
Atualização INFRAN-NF 000372908 - 05/01/18			0,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		N. DIAS	CONSTANTE	N. DIAS	N. DIAS	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENOR	META TOTAL	META MAIOR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
000000083410470329	CAT	03/02/2018	11.327,00	05/03/2018	11.350,00							Jun/2018			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> DEPARTAMENTO DE ENERGIA CONTENIDO NÃO VERIFICADO 22 MAR 2018 </div>															
DIE Não de hora zero Energia										TIMBALUBA	2,71	0,16	12,30	24,00	
FIC Não de zero zero Energia											1,90	3,43	5,46	19,70	
DIE Interrupção máxima de Interrupção contínua											2,72	3,82	0,00	0,00	
DIE Interrupção de Interrupção por dia de trabalho															
														Límite DECI: 12,22	
Valor Tarifário do Encargo de Uso = R\$ 57,46															
Valor Tarifário para abastecer o consumo das instalações DCE, FIC, DCE e CCE e a qualquer tempo															

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Não data da entrega a Bandeira em vigor é Verde. Mais informações em www.anvisa.gov.br
O cliente é compensado quando no ato de compra a continuidade individual ou do lote não estiver garantido de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANVISA nº 10.489/2006) e o prazo de validade do medicamento não será prorrogado.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de fabricação.
podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no ciclo em que ocorreu a suspensão.
Contrato é instrumento da denúncia, zila e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004026599	03/2018	158,51	13/03/2018	

838500000016 886100110070 004026589107 115868528333



Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitores ótica.

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ayone Karla G. Pereira Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 009847614 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Antonio Casagallo Junior inscrito (a) no CPF sob o nº 118763964 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura Acidentado, de minha determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

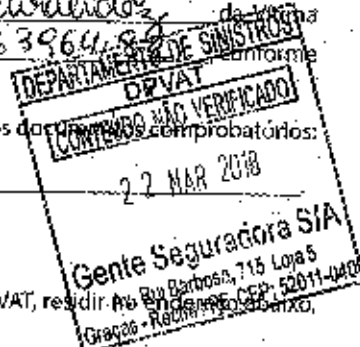
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir em Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Vigário Henrique</u>	Número <u>222</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>
E-mail <u>Centralregis@igmail.com</u>	Telefone comercial (DDD): <u>(81) 998668833</u>	Telefone celular (DDD): <u>(81) 986715713</u>

Peixe, 21 de Junho de 2018
Local e Data

Ayone Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luzinete Pereira Da Silva,
 RG nº 3391015, data de expedição 23/02/2011,
 Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 832040834-20, com
 domicílio na cidade de Recife no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Elvira Bispo de Fátima, nº 130,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

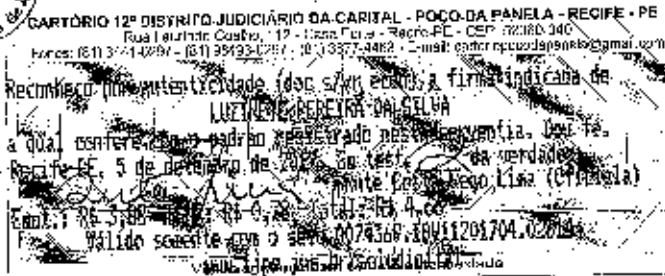
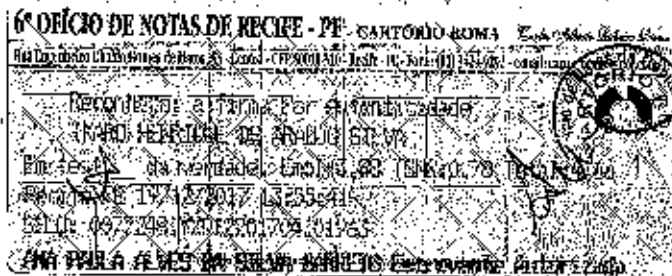
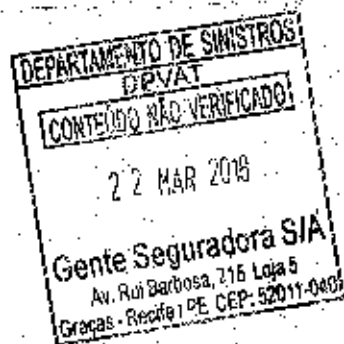
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima João Antonio Carvalho Junior cujo o condutor era

João Henrique de Araújo Silva.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda 160 Fm Espi
 Ano: 2014
 Placa: PCY 3086
 Chassi: GC2RC22C0MRG14725
 Data do Acidente: 02/09/2017
 Local e Data: Recife 19 DEZ 2017

Luzinete Pereira da Silva
 Assinatura do Declarante

João Henrique de A. Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Nome: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Nº registro: 581870

Dt. Nasc.: 20/01/98 - 19 ano (s)

Mãe: ALZIRA SUELI DE VASCONCELOS

Sexo: Masculino

Endereço: R PROFESSOR BENEDITO MONTEIRO, nº 59, MADALENA. RECIFE - PE

Data/hora: 02/09/2017 - 20:33 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, OCASIONANDO FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EDEMA E DEFORMIDADE ÓSSEA EM PERNA DIREITA, PULSOS PÉRVIOS, EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS.

CONDUTA:

RX, ANALGESIA, IMOBILIZAÇÃO C/ TALA GESSADA COXO-PODÁLICA

Exames Complementares/Resultados:

RX ANEXO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FIBULA]

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freltas

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPEDIA

Senha: 5247B96

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO, CRM: 9225. Data e Hora: 02/09/2017 20:36:21.

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Atendimento: 259736 Entrada: 04/09/2017 Hora: 11:49
Plano: HOSP G. OTAVIO DE FREITAS
Responsavel: WLADSON ANDREV DA CONCEICAO
Médico: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saida: 12/09/2017 Hora: 10:13
Matricula:
Identidade: 9674728
C.N.S.: 708207548048469

Paciente: 1609097 JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Nascimento: 20/01/1998 (19 Anos e 11 Meses)
Endereço: AVENIDA LUIS ANTONIO DE ARAUJO
Bairro: SÍTIO DOS PINTOS C.E.P.: 62171-130
Cidade: 2611806 RECIFE
Pai: JOAO ANTONIO CARVALHO
Mãe: ALZIRA SUELI DE VASCONCELOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11876396482
Identidade: 7681747 - SDS - PE
Telefone: +55 86 7271193
G.Instrução: 2º GRAU - COMPLETO
Ocupação: ATENDENTE DE CAIXA
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

FICHA DE ADMISSÃO

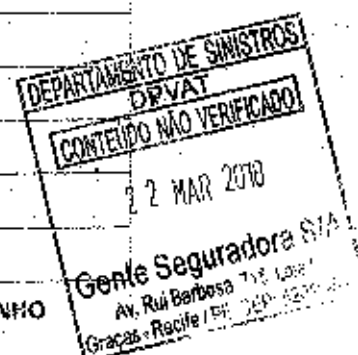
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	NEGA
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	02/09/2017
TIPO DE TRAUMA:	ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	BOAS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> SES <input type="checkbox"/> DEMANDA

EXAMES COM O PACIENTE:

☐ LABORATÓRIO ☐ RNM / TAC ☒ RADIOGRAFIAS

CONDUTA NO INTERNAMENTO

RX: ☐ COXA ☐ JOELHO ☒ PERNA ☐ TORNOZELO ☐ ANTÉBRAÇO ☐ COTOVELO ☐ PUNHO
TALA: ☒ COXOPODÁLICA ☐ BOTA ☐ AXILOPALMAR
☒ LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;
☐ PARECER CARDIOLÓGICO
☒ PROFILAXIA TVP/TEP



Hospital Memorial Armino Moura
SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campelo, S/N - Morano-PE

Nome: **JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR**

Nº registro: **581870**

Dt. Nasc.: **20/01/98 - 19 ano (s)**

Mãe: **ALZIRA SUELI DE VASCONCELOS**

Sexo: **Masculino**

Endereço: **R PROFESSOR BENEDITO MONTEIRO, nº 59, MADALENA, RECIFE - PE**

Data/hora: **02/09/2017 - 20:33**

Nº página: **1/1**

Fone:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : **NÃO**

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, OCASIONANDO FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EDEMA E DEFORMIDADE ÓSSEA EM PERNA DIREITA, PULSOS PÉRVIOS, EXTREMIDADES SEM PERFUNDIDAS.

CONDUZA:

RX, ANALGESIA, IMOBILIZAÇÃO C/ TALA GESSADA COXO-PODÁLICA

Exames Complementares/Resultados:

RX ANEXO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA. | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPEDIA

Senha: 5247896

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS : **NÃO**

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO

CRM: 9225

Dr. Antonio Mauricio
Ortopedia-Traumatologia
Perícia Judicial
CREMEPE: 9225

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO: CRM: 9225, Data e Hora: 02/09/2017 20:35:19.

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



Atendimento: 682755 Prontuário: 1040267

Nome: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Data Nasc.: 20/01/1998 Idade: 19 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião:
CPF: RG: CNB: 706207548048469
Endereço: RUA MACELIA Nº: 1338
Bairro: MARANGUAPÉ Cidade: PAULISTA Estado: PE
CEP: 53423470 Fone: 558186727193 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: ALZIRA SUELI DE VASCONCELOS
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de acidente automobilístico há 3 horas. Sem queixas no momento. Paciente chegou ao serviço suspirando em ambiente, sem ceder curvical.

Exame Físico:

PA: FC: 12 FR: 18
A: vias aéreas patentes. B: MV @ N/RA em AMT. C: não há perda volumétrica aparente. PA: D=4,5,6 na ECG. E: fratura em MI direito e lesão com contusão em joelho esquerdo.

Diag. Provisório:

Fratura em MI direito

CD: ① Analgesia

② Solicito RX de tórax, abdome, pelve e MI direito e joelho esquerdo

③ A Ortopedia.

Orsina Carvalho
Médica
RUA PE 25070

Prescrição:

Dieta:

Horário:

Data

① Dipirona 1g + Ab EV 8h de dor

Orsina Carvalho
Médica

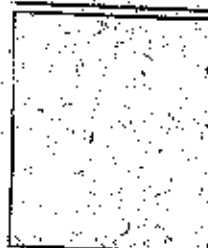
ANGELA
106 89 133

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

02/09/2017 21:02



Nome Paciente: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Cód. Paciente: 1040267
Data de Nascimento: 20/01/1998
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: FN0045
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 682755



02/09/2017 21:02 - EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

Cor: LARANJA

Queixa Principal: SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 3 HORAS. ESTAVA D. CAPACETE. NÃO BATEU A CABEÇA. TRAZIDO PELO SAMU. TRAUMA EM MID. ESCORIAÇÕES EM MSD E MIE. NÃO REFERE ALERGIAS. SAT. O2=98%. P=65. COLISÃO COM CARRO.

Observação:

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / *Enfermeiro*

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: RÉGUA DE DOR: 8



Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA
Data: 02/09/2017 21:02



7 581 247 15/03/2017

JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR

JOAO ANTONIO CARVALHO

ALZIRA SUELI DE VASCONCELOS

RECIFE - PE 20/01/1998

CH. 139477 L. 119A P. 57V CART. STO

ANTONIO RECIFE PE 20.01.1998

118.708.904-00

2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 22 MAR 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Lmã C
 Graças - Recife/PE CEP: 50040-000

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF do Vítima	Nome completo da vítima
	11876396482	João Antonio Carvalho Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
João Antonio Carvalho Junior		11876396482	Recurso
Endereço		Número	Complemento
Rua Br. Lepirani		1336	Recurso
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Sítio dos Pontes	Recife	PE	52171160
Email			Telefone (DDD)
Centralsegrecife@gmail.com			(011) 998668833

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 5014 D/V		CONTA NRO. 00054306 D/V 2		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ NRO. _____ D/V _____			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)			

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

Recife 14 de Maio 2018

Local e Data

João Antonio C. Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
POUPANCA



3015 1715 3497

0277

VALIDDATE

01021

JOAO ANTONIO C. JUNIOR

3017 013 00057306-2

310

Resultado do Relatório de Movimento de Veículos



Data: 02/03/2018

Hora: 10:50:58

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos
Informações do veículo de placa: PCY3086

Gerar relatório em PDF

Roubado

Nome proprietário: LUZINETE PEREIRA DA SILVA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL

Marca / Modelo:

HONDA/CG 160 FAN ESD1

Marca: HONDA

Cor: VERMELHA

Ano/Fabricação: 2017

Município: RECIFE

Logradouro: RUA CLARICE LISPECTOR

Número: 130

Bairro: TORRÕES

Cep: 50660-250

Equipamento: CASA

Chassi: 9C2KC2200HR614725

Registro:

AL. FID. BANCO PAN SA REST
P/ ROUBO/FURTO

Renavam: 1120160288

Valor de seguro: R\$ 98,34

IPIVA: R\$ 305,10

Seguro: R\$ 185,50

Combustível: R\$ 27,16

Construção: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multa: R\$ 89,26

Quantidade de multas: 1

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPIVA a vencer: R\$ 147,94

Total: R\$ 703,36

B.O.	Ano B.O.	Placa	UF, Placa
23131	2017	PCY3086	PE

Chassi	Tipo Movimento
9C2KC2200HR614725	DECLARAÇÃO

vinsajazz

Nova Pesquisa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136023 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136023 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada da diáfise distal de tíbia e fíbula direitas.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor e perda da força de perna e tornozelo direitos com episódios de queda da própria altura, estalos no joelho direito aos esforços. Ao exame apresenta limitação da amplitude dos movimentos do tornozelo direito com consolidação com desvio em varo e claudicação ao deambular.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese da tíbia com placa e parafusos e tenodese patelar. Realizou tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante: João Antonio Carvalho Júnior, Brasileiro(a), estado Civil....., profissão....., residente e domiciliado à Rua Boncos Capibaribe, nº 1336, bairro São dos Pintos, Município de: Recife, Estado PE, Cep. 52.171-160, Rg nº 4681747, órgão emissor SDS / PE e CPF nº 118.763.964-82

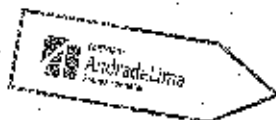
Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigário Henrique, 222, Centro, Cep: 55870-000, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) João Antonio Carvalho Júnior, ocorrido em 02/03/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

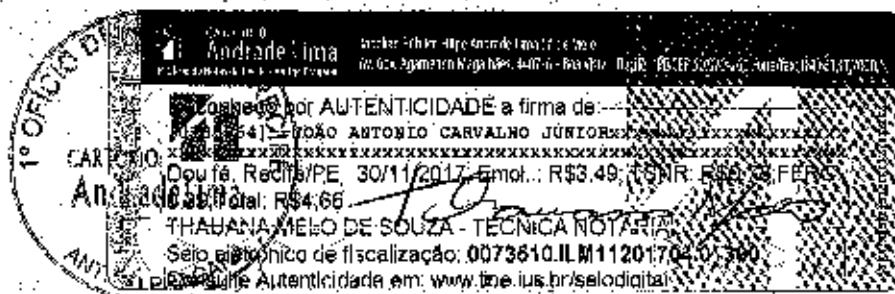
Podendo o(s) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife, 30 de Novembro



João Antonio C. Junior
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima 11.876396482	Nome completo da vítima João Antonio C. Junior
---------------------------	--------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL	
Nome completo João Antonio Carvalho Junior	CPF titular da conta 11.876396482
Endereço Rua Br. Capibaboeira	Profissão Recusado
Bairro Sítio dos Pinos	Cidade Recife
Estado PE	CEP 52141-160
Email centralsegrecife@gmail.com	Telefone (DDD) (81) 99866.8839

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome	
AGÊNCIA VRQ 00240	DIV 008392	AGÊNCIA NRQ 09	DIV 09
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

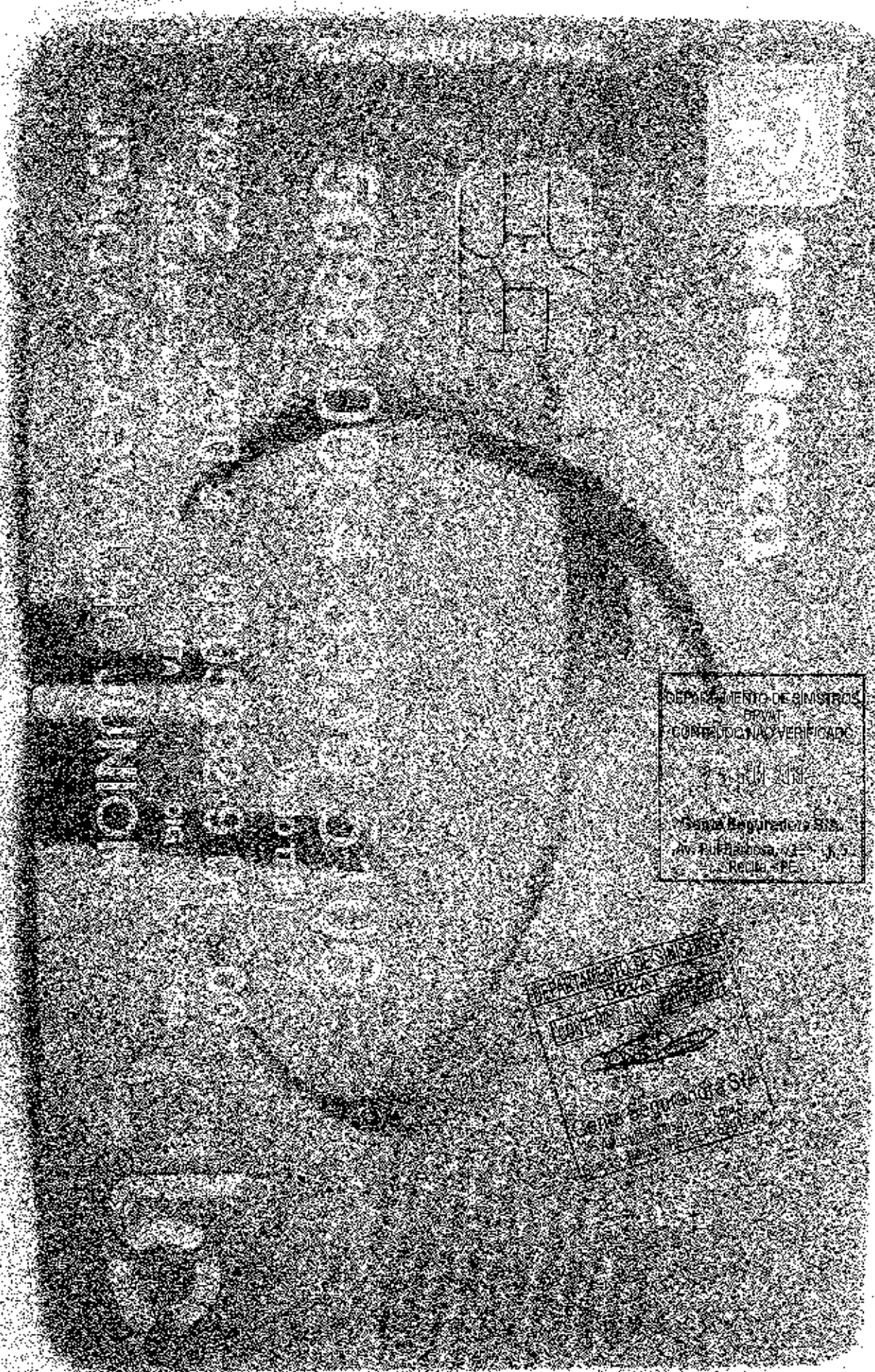
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2018
NRO
Sante Seguradora S/A.
Contr. Rui Barbosa, 715 - B.
NRO. Recife - PE
D/V
(Informar dígito se existir)

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

Recife 19 de junho de 2018
Local e Data

João Antonio C. Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SIMSROS
PRVAT
CONFIDENCIAL VERIFICADO
25 JUN 1981
Sana Aguredu, SIS
Av. P. H. B. S. A. 100
S. R. C. L. S. P. E.

DEPARTAMENTO DE SIMSROS
PRVAT
CONFIDENCIAL VERIFICADO
Sana Aguredu, SIS
Av. P. H. B. S. A. 100
S. R. C. L. S. P. E.

**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: **3180136023**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

R BR DO CAPIBARIBE, 1336, C - SIT DOS PINTOS - Recife - PE - CEP 52171-160

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7681747**

Data e local do acidente: [**02/09/2017**] **Recife - PE**

Data e local do exame: [**09/04/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura fechada da diáfise distal de tibia e fibula direitas.

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

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese da tibia com placa e parafusos e tenodese patelar. Realizou tratamento fisioterápico.

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

Vítima refere dor e perda da força de perna e tornozelo direitos com episódios de queda da própria altura, estalos no joelho direito aos esforços. Ao exame apresenta limitação da amplitude dos movimentos do tornozelo direito com consolidação com desvio em varo e claudicação ao deambular.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

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

VII. Segundo 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 226.898.874-72
CRM: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcao - CRM: 8978 - PE

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR

Nº Sinistro: 3180136023

Vitima: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180136023**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12579305



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR

Sinistro: 3180136023
Vítima: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180136023** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº 12763668

A/C: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180136023 ASL-0103084/18
Vitima: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Data Acidente: 02/09/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Carta nº 12845362

A/C: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180136023 ASL-0103084/18
Vitima: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Data Acidente: 02/09/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Carta nº 12909826

A/C: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180136023 ASL-0103084/18
Vitima: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Data Acidente: 02/09/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF do Vítima	Nome completo da vítima
	11876396482	João Antonio Carneiro Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Antonio Carneiro Junior	11876396482	Recurso
Endereço	Número	Complemento
Rua Br. Lepirani	1336	Recurso
Bairro	Estado	CEP
Sítio dos Pontes	PE	52171160
Cidade		Telefone (DDD)
Recife		(011) 99866 8833
E-mail		
Centralsegrecife@gmail.com		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA NRO.		NRO.	
3014			
D/V		D/V	
CONTA NRO.		CONTA NRO.	
00054306			
D/V		D/V	
2			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Recife 14 de Maio 2018

Local e Data

João Antonio C. Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
POUPANCA



3015 1715 3497

0277

VALIDDATE

01021

JOAO ANTONIO C. JUNIOR

3017 013 00057306-2

310

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima 118 763 964 82	Nome completo da vítima João Antonio C. Junior
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Antonio Pavão Junior	CPF titular da conta 118 763 964 82	Profissão —
Endereço Rua Br. Capibaribe	Número 1336	Complemento —
Bairro São dos Rios	Cidade Recife	Estado PE
Email centralrecife@gmail.com	CEP 52171-160	Telefone (DDD) (81) 99866 8893

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo listados - escolha uma opção) <input type="checkbox"/> BRADIESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Banco Bradesco NRC 437	
AGÊNCIA NRO. 0240 D/V 9 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 0005392 D/V 9 (Informar dígito se existir)		

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

Recife de **11** de **março** de **2018**
Local e Data

João Antonio C. Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

João Antonio C. Junior
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

JOINT CREDIT CARD

15 0000000000000000

0000000000000000



0000000000000000

0000000000000000

430750

0103084/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096001376**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/03/2018** às **17:46**

Complementa o BO Número: **18E0096000402**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/9/2017** às **18:20**

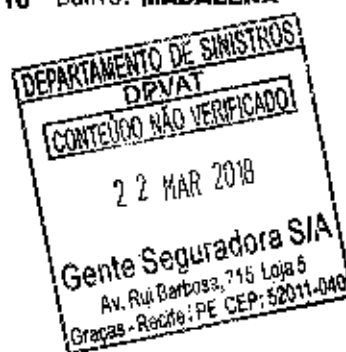
Fato ocorrido no endereço: **RUA PROFESSOR BENEDITO MONTEIRO, 10 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IKARO HENRIQUE DE ARAUJO SILVA (AUTOR / AGENTE)
LUZINETE PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
JOÃO ANTONIO CARVALHO JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IKARO HENRIQUE DE ARAUJO SILVA**



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

JOÃO ANTONIO CARVALHO JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALZIRA SUELI DE VASCONCELOS Pai: **JOÃO ANTONIO CARVALHO** Data de Nascimento: **20/1/1998** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7681747/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 983098547**

Endereço Residencial: **RUA BARAO DO CAPIBARIBE, 1336 - CEP: 55000-000 - Bairro: SITIO DOS PINTOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

IKARO HENRIQUE DE ARAUJO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **RUA BARAO DO CAPIBARIBE, 10 - CEP: 55000-000 - Bairro: SITIO DOS PINTOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUZINETE PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **RUA CLARICE LISPECTOR, 130 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO, HONDA, PLACA PCY3086 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUZINETE PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IKARO HENRIQUE DE ARAUJO SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE PEGOU UMA CARONA COM O SENHOR IKARO HENRIQUE DE ARAUJO , QUANDO PASSAVAM PELO BAIRRO DA MADALENA E O IKARÔ FEZ UMA MANOERA BRUSCA O QUE FEZ A VÍTIMA PERDER O EQUILIBRIO E CAIR DA MOTO E FRATURAR A PERNA .

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

JOÃO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
(VÍTIMA) *João Antonio C. Junior*

B.O. registrado por: **ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL - Matrícula: 272788-9***Antonio Ferraz Goian Leal*

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

João Antonio Carvalho Junior

CPF da Vítima

118.76396482

Data do Acidente

02/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

(11) 99866.8833

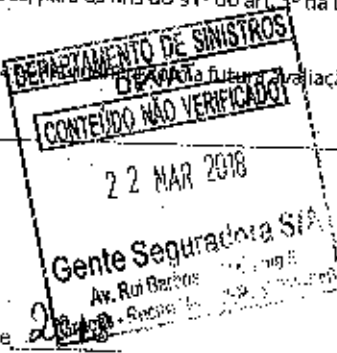
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinilar uma das opções abaixo:

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

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

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



Reife de Manoel
Local e Data

João Antonio C. Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POR VOLTA, TRABALHANDO SEM PARAR.



**SAMU
192**

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

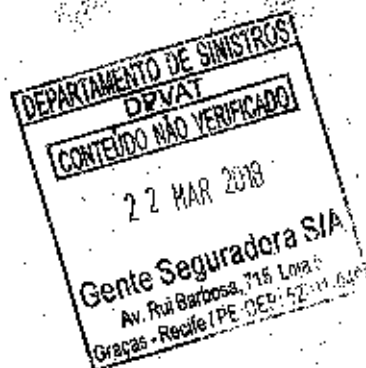
DA Nº. 109.12.2017
EM: 29.12.2017

Atendendo ao requerimento do Sr. **ITALO GALDINO DE ARRUDA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **8604018** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **109.932.334-73**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-376784**, que no dia 02 de setembro de 2017, o paciente Sr. **JOÃO ANTÔNIO CARVALHO JÚNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **7681747** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **118.763.964-82**, por volta das 18h32, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvido em colisão entre automóvel e moto, na Rua Professor Benedito Monteiro, em frente da Loja Jurandir Pires, Madalena, sendo socorrido para UPA Torrões e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Geral Otávio de Freitas.

Recife, 29 de dezembro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Claro

Para mais informações, consulte a Área de Atendimento no site
minhaclaro.com.br

Fato: 0001/0002

RECIBO DE PAGAMENTO

RECIBO DE PAGAMENTO

JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
R BR CAPIBARIBE, 1336, CS UNICA
SITIO DOS PINTOS
52171-160 RECIFE PE



60701944



POSTAGEM: 30/10/17 VENCIMENTO: 01/11/2017
721621057357592000002194430301017



CODIGO DO CLIENTE 021/140017920

SUA CONTA VENCE EM
10/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
63,54

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040