

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 19.998.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142,
Ouvíndito 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
GEOVANIO GABRIEL BORBA
CPF: 780.668.404-18
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VIG. HENRIQUE 222 - B
CENTRO/TIMBAUBA 55870-000 TIMBAUBA PE
<small>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 434/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</small>

DATA DE VENCIMENTO 13/03/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/03/2018	CONTA CONTRATO 007004026599
TOTAL A PAGAR (R\$) 188,51	DATA DA APRESENTAÇÃO 05/03/2018	Nº DO CLIENTE 2001121529
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 007894126	Nº DA INSTALAÇÃO 8006228387
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 4626.83DC.C518.70E9.3F8F9887.7E31.3660		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	292,00	0,60498195	188,51
Contribuição Iluminação Pública			24,14
ICMS Subvenção-CDE-NF 000372932-09/12/17			1,88
Multa por atraso-NF 000372930 - 05/01/18			2,26
Juros por atraso-NF 000372930 - 05/01/18			1,28
Atualização Nominal-NF 000372930 - 05/01/18			0,68
TOTAL DA FATURA			188,51

Consumo é o valor pagável em dia(s) da energia utilizada:

VENDEDOR	DATA	VALOR
celpe	05/03/18	188,51

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser interrompido, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, bem como abrangendo o nacional. Este comunicado não substitui o efeitos de débitos anteriores bem como não obriga efeitos no discussão judicial que poderão ser feitas após o fim da presente.

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)		kWh	
MAR	19	232	
FEV	18	201	
JAN	19	158	
DEZ	17	227	
NOV	17	232	
DUT	17	151	
SET	17	161	
AGO	17	100	
JUL	17	136	
JUN	17	156	
MAI	17	281	
ABR	17	210	
MAR	17	286	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO	VALOR
Consumo de Energia	41,44
Transmissão	4,56
Distribuição (celpe)	37,04
Encargos Fáceis	45,25
Impostos	47,14
TOTAL	188,51

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TOTAL	META ANUAL
Jun/2018					
DIAS-Nova hora com Energia	TIMBAUBA	2,71	6,16	12,80	24,00
FICHA de Visita com Energia		1,50	3,12	6,00	12,00
DIAS-Buscação máxima de Interrupção contínua		2,71	4,88	9,00	0,00
DIAS-Buscação de Interrupção em dia millet					Límite DGR: 12,22
DATA P/ 1º Bar do Encargo de Use = R\$ 57,46					
Data: Consultar para obter a posição das interrupções dia, mês e ciclo e quando interrupções					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL					
NÚMERO DO VENDEDOR	TIPO DE FUSCÃO	ANTERIOR	ATUAL	M	DATA LEITURA
000000083416170929	CAT	03/02/2018 11:127,00	05/03/2018 11:289,00	2,71	05/03/2018
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/04/2018					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.celpe.com.br, 11 PE, CEP: 52011-000
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de fornecimento de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Res 10.438/02), e encargo de material ou próximo mês.
O Cliente é compensado quando há desempenimento de preço definido para os serviços de atendimento comercial.
Em caso de suspeita de furtos/entregas, o encerramento do contrato poderá ocorrer depois 2 ciclos de faturamento, podendo também ser aplicado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspeita.
Consultar o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(%)	
		MÍNIMO	MÁXIMO
220		202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESENHO ARQ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007004026599	03/2018	188,51	13/03/2018	

838500000016 886100110070 004026599107 115668526333



Evite doblete, perfurar ou rasurar.
Este cartão será usado em leitora 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://www.2.5USEP.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 fazenda 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 Alayne Karla G. Pereira Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009 847 614-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fábio Antônio Gonçalves Faria, inscrito (a) no CPF sob o Nº 118 763 964-82, do sinistro de DPVAT cobertura Residual, inscrito (a) no CPF sob o Nº 118 763 964-82, da forma 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 na Rua Barros, 715 Loja 5, Gragoatá - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 26011-1400, 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>Flávia Viegas Henrique</u>		Número	<u>222</u>	Complemento	<u>—</u>	
Salvo	<u>Flutu</u>	Cidade	<u>Timbaúba</u>		Estado	<u>PE</u>	
Email	<u>centrafregueziaf@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 99866 8833</u>		Telefone celular (DDD)	<u>(81) 9286715713</u>

Flávia Viegas Henrique
Local e Data

Alayne Karla Guedes Pereira Silva
Assinatura do Declarante

Nome: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Nº registro: 581870

Dt. Nasc.: 20/01/98 - 19.300 (5)

Mãe: ALZIRÁ SILENT DE VASCONCELOS

Nome: ALCEIRIA SOELI DE VASCONCELOS
Enderéco: R. PROFESSOR BENEDITO MONTE

versão: 02/09/2017 - 20:33 N° pág.:1/1

Sexo: Masculino

Fone:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉRICO: 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: ()
PA: x mmHg HGT: cm/dl Temperatura: °

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

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

Exames Complementares/Resultados:

RX ANEXO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENCÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍRUL A]

OBSERVAÇÕES:

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

DETALHOS DA TRANSFERÊNCIA:
Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas
Especialidade: TRAUMATO-ORTÓPEDIA
Senha: 5247896

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR METOS PRÓPRIOS, VÍA:

DR. ANTONIO MAURICIO SANTOS
CRM: 9275



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 públicos

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

Saída: 12/09/2017 Hora: 10:13
Matrícula:
Identidade: 9674728
C.N.S.: 708207548048468

Paciente: 1609097 JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Nascimento: 20/01/1998 (19 Anos e 11 Meses)
Endereço: AVENIDA LUIS ANTÔNIO DE ARAUJO
Bairro: SITIO DOS PINTOS C.E.P.: 62171-130
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: JOAO ANTONIO CARVALHO
Mãe: ALZIRA SUELMI DE VASCONCELOS
Nacionalidade: BRASIL

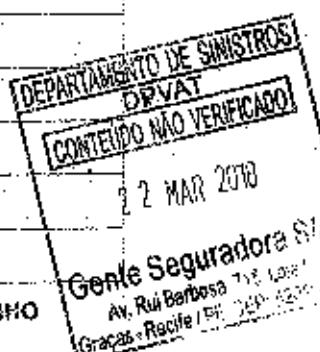
Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11976396482
Identidade: 7681747 - SDS - PE
Telefone: 7 986727193
G.Instrução: 2º GRAU - COMPLETO
Ocupação: ATENDENTE DE CAIXA
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGÊNCIA (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 MOTOCICLÍSTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	BOAS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> SES <input type="checkbox"/> DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RNM / TAC <input checked="" type="checkbox"/> RADIOGRAFIAS	



CONDUTA NO INTERNAMENTO

RX: COXA JOELHO Perna TORNOZELO ANTEBRAÇO COTOVELO PUNHO

TALA: COXOPODÁLICA BOTA AXIOPALMAR

LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;

PARECER CARDIOLÓGICO

PROFILAXIA TVP/TEP

Hospital Memorial Armando Moura

SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3535-2013

Av. Cláudio Campelo, 8/N - Moreno - PE

Nome: JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
Nº registro: 581870

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

Mãe: ALZIRA SUELI DE VASCONCELOS

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

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

Sexo: Masculino

Fone:

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:

P.A: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

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

CONDUTA:

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

Exames Complementares/Resultados:
RX ANEXO.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA, [] COM OU SEM MENCÃO DE FRATURA DA PÉRÔNIO [FÍBULA]

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPÉDIA

Senha: 5247896

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS : NÃO

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225

Dr. Antonio Mauricio
Ortoped - Traumatolog
Perito das Justicas
CRM/PE: 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 públicos.

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

02/09/2017 21:02

MANCHESTER V2

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:

Queixa Principal:

Observação:

Fluxograma/sintoma(s): TRAUMA MAIOR

Disorritmador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 8

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

22-MAIO-2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715
Graças - Recife - PE

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



15/03/2002
581 747
JOAO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
JOAO ANTONIO CARVALHO F.
ALCIRIA SUELMI DE VASCONCELOS
20/01/1998
L-1124 F-57V CART STC
ANTONIO NEVES PE 28/01/1999
1087059411





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

118 463 964 82

Nome completo da vítima

José Antônio Carvalho Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
José Antônio Carvalho Júnior, 118 463 964 82		118 463 964 82	Recurso
Endereço	Rud. Br. Capibaribe	Número	Complemento
Estado	Sítio dos Flintos	CEP	Recurso
Email	Centrorecruit@gmail.com	Telefone (DDD)	(81) 99866 8833
Cidade	Recreio		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

3017

CONTA

000 54 306

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRC

AGÊNCIA

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Recreio, 14 de Maio de 2013

Local e Data

José Antônio C. Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

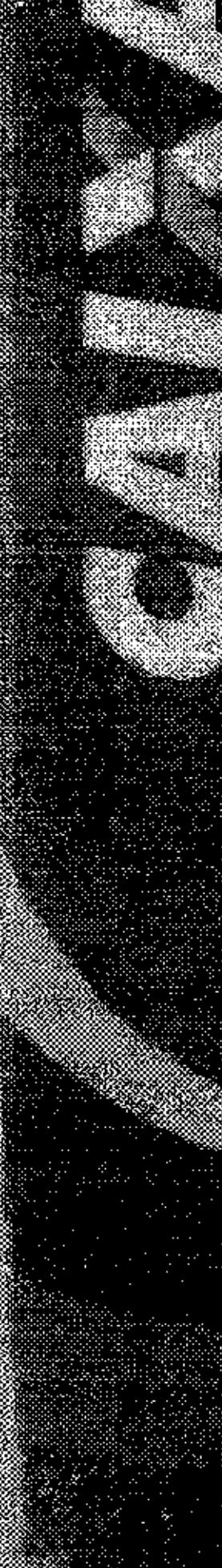
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

600

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES
SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES



Resultado do Relatório de Movimento de Veículos

Data: 02/03/2018
Hora: 10:50:58SECRETARIA DE DEPESA SOCIAL
POLÍCIA CIVILDelegacia de Polícia de Repressão ao Roubô e Furto de Veículos
Informações do veículo de placa 1.PCY3086 [Gerar relatório em PDF](#)

Roubado

Novo proprietário: LUZINETE PEREIRA DA SILVA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Esquadrão: PAS

Combustível: ALCO/GASOL Motor / Motor: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Placa: HONDA

Cor: VERMELHA

Ano/Fabricação: 2017

Município: RECIFE

Endereço: RUA CLARICE LISPECTOR

Número: 130

Bairro: TORROES

Cep: 50660-250

Proprietário: CASA

Chassi: 9C2KC2200HR614725

Data: 16/03/2018

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

Renavam: 1120150288

Valor da devolução: R\$ 96,34

IPVA: R\$ 305,10

Seguro: R\$ 185,50

Combustível: R\$ 27,16

Concorrência: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Frete: R\$ 89,26

Quantidade de Itens: 1

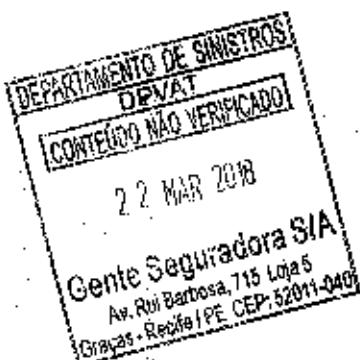
Quantidade de Itens a Vender: 0

Itens a Vender: R\$ 0,00

IPVA a Vender: R\$ 147,94

Total: R\$ 703,36

B.O.	Ano B.O.	Placa	UF. Placa	Chassi	Tipo Movimento	Visualizar
23131	2017	1.PCY3086	PE	9C2KC2200HR614725	DECLARACAO	Visualizar

[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

Valorização 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

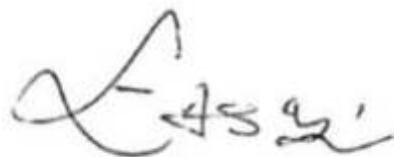
VISÃO MÉDICA LTDA

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 tibia 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 tibia 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 Antônio Carvalho Júnior, Brasileiro(a), estado Civil profissão , residente e domiciliado à Rua Boros Capibaribe nº 1336, bairro Sítio dos Pintos Município de: Recife Estado PE , Cep 52.171-160 Rg nº 1.681.447 órgão emissor SDS / PE e CPF nº M8.463.964-82

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 qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) João Antônio Carvalho Júnior ocorrido em 02/10/2013 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(e)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 mandado.

Recife

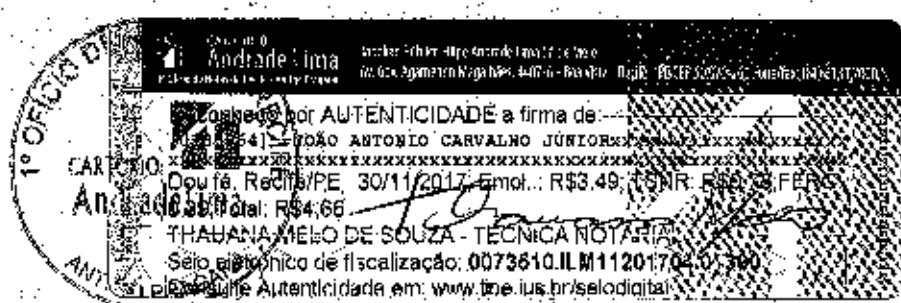
30, de Novembro

.....
.....
.....

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

11.846.396.482

Nome completo da vítima

João Antônio C. Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

João Antônio Carvalho Júnior 11.846.396.482

CPF titular da conta

Profissão

Acadêmico

Endereço

Rua 31, Capão da Canhada

Número

1336

Complemento

Raio

Sítio das Pintas

Cidade

Reisk

Estado

PE

CEP

52.111.160

Email

centronegocioslife@gmail.com

Telefone (DDD)

(81) 49866.8839

Declaro, sob as penas da lei e 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

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

CONTENDIDO NÃO VERIFICADO

ATÉ R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

25 JUN 2018

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

BANCO

Nome

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

AGÊNCIA

DN

CONTA

Nº

DN

Centro Seguradora SIA

CONTA: Rua Barbosa, 715 - 1º

Nº: 00 - Bairro: PE - CNPJ:

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada 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 plena quitação do valor indenizado.

Reisk, 19 de Junho de 2018.

Local e Data

João Antônio C. Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE INSTRUCCIONES
OPVAT
COMITÉ DE VERIFICACIÓN

19 DE MARZO DE 1972

General Augusto Pinochet
Av. Ejército 1000
Santiago - Chile

**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 CABIBARIBE, 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] 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.

Ana Falcao
Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 276.899-RN-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

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



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

118 463 964 82

Nome completo da vítima

José Antônio Carvalho Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
José Antônio Carvalho Júnior, 118 463 964 82		118 463 964 82	Recurso
Endereço	Rud. Br. Lopibaribe	Número	Complemento
Estado	Sítio dos Flotes	CEP	Recurso
Email	Centrorecruit@gmail.com	Telefone (DDD)	(81) 99866 8833
Cidade	Recre		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

3017

CONTA

000 54 306

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRC

AGÊNCIA

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Recre, 14 de Maio 2013

Local e Data

José Antônio C. Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

600

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES
SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

SCAG AERONAUTIC INDUSTRIES

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da vítima

118 763 964 82

Nome completo da vítima

José Antônio L. Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	João Antônio Pavullo Júnior	CPF titular da conta	118 763 964 82	Profissão	—
Endereço	Rua BN Capitariibe	Número	1336	Complemento	—
Barrio	Sítio Oléz Pintos	Cidade	Península	Estado	PE
Email	Reuticalrec_reike@gmail.com	CEP	52171-160	Telefone (DDD)	(81) 89866 8833

Declaro, sob as penas da lei, para fins de prova de residência junto à 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"/> RECUZO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Disponível uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (100) DEPARTAMENTO DE SINISTROS (115) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	Nº
BRADESCO	João Bradesco	437
AGÊNCIA	DIV	CONTA
0240	9	0005392
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha propriedade, comprovada 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 prova da quitação do valor indenizado.

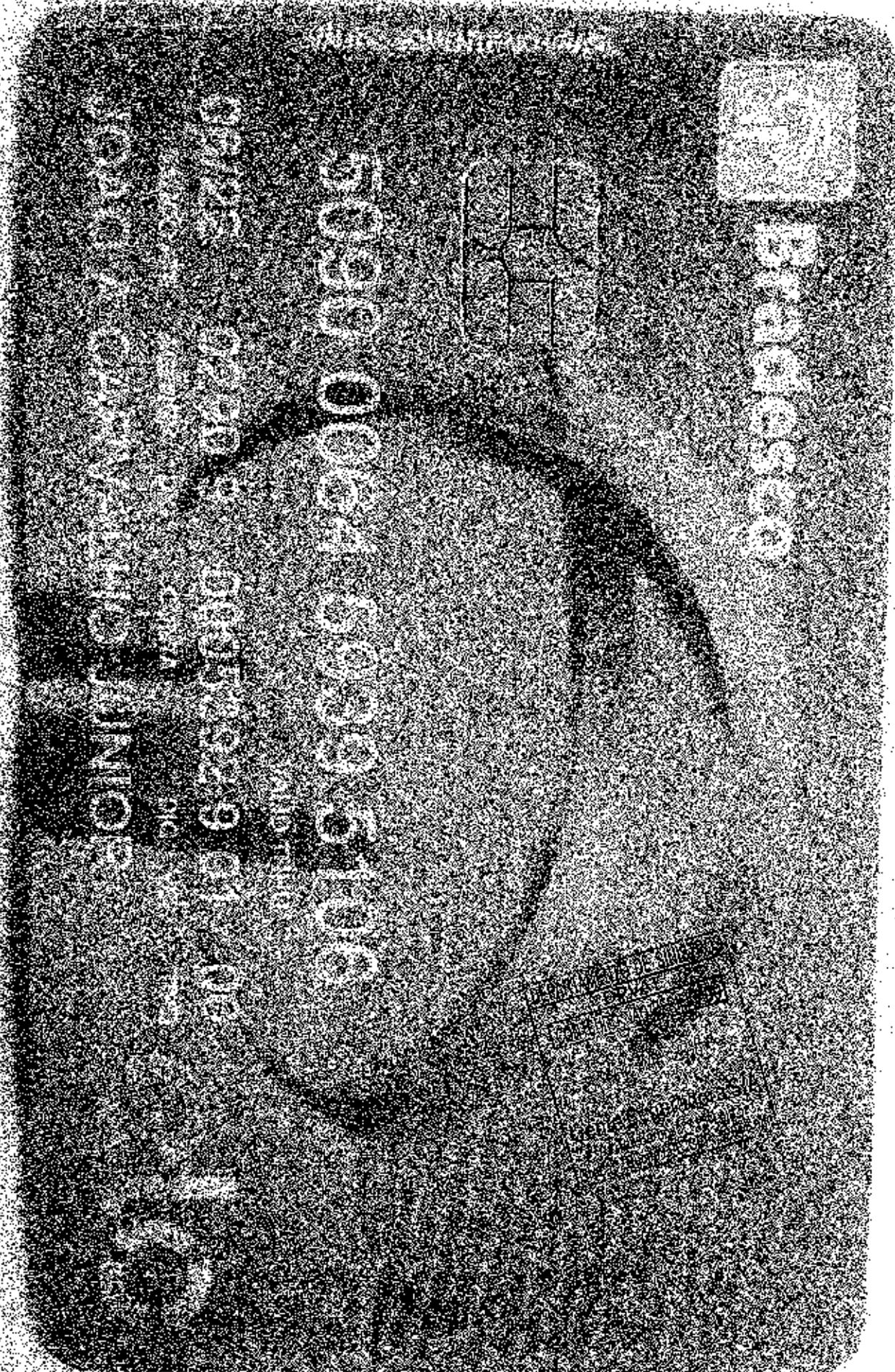
Península de Maracá de 2018

Local e Data

José Antônio L. Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



430750

01/03/2018/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

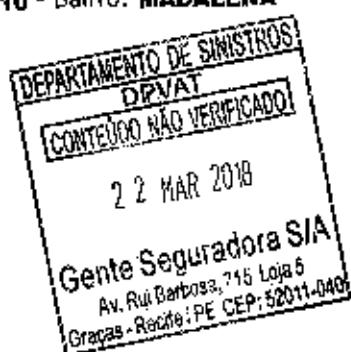
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0096001376**

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 - Culposo (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** Mão: **ALZIRA SUELMI 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: **- 983096547**

Endereço Residencial: **RUA BARAO DO CABIBARIBE, 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 CABIBARIBE, 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 IKARO FEZ UMA MANOBRAS BRUSCA O QUE FEZ A VÍTIMA PERDER O EQUILÍBRIO E CAIR DA MOTO E FRATURAR A Perna .

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

JOÃO ANTONIO CARVALHO JUNIOR
(VITIMA) *João Antônio e Júnior*

B.O. registrado por: **ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL** - Matrícula: 272788-9

Antonio Ferraz Goia 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 interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Júlio Antônio Carvalho Júnior

CPF da Vítima

118.763.964-82

Data do Acidente

02/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(11) 99866-8833

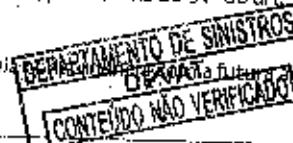
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assimilar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; e/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 serviços com prazo superior a 90 (noventa) dias

Com o objetivo de permitir o exame do meu veículo 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 autorização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar da contagem.



22 MAR 2018

 Gente Seguradora SIA
 Av. Rio Branco, 1000
 Centro - São Paulo - SP
 CEP: 01040-000

Rio de Janeiro

Local e Data

Júlio Antônio Carvalho Júnior

Campo 3 - Assinatura do Beneficiário

VALIDO: 06/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECIFE
PRAHITIVA DA CIDADE



SAMU
192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N°. 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 ANTONIO 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 do Recife

Sérgio 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

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



CTC RECIFE PE PL2

POSTAGEM: 3010907 VENCIMENTO: 10/11/2017
721621057357532000002184030301617

00701844

000110002



CÓDIGO DO CLIENTE 021/140017920

TOTAL A PAGAR (R\$)
63,54

SUA CONTA VENCE EM
10/11/2017

