



SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Dr. Antonio Xavier, s/n.
CEP: 55.865-000 - Macaparana - PE
CNPJ: 11.361.888/0001-04
Fone: (81) 3639-1156
www.macaparana.com.br

RECEITUÁRIO

Pedro Barbosa de Souza
Vítima de Atropelamento Psm Moto
no dia 25/05/2018. Vendo SOFRID.
FRATURA EM ANTEBRAÇO D. com
FRACTURA DE RÁDIO E URNA D.
(cid-552.9) Foi feito TRATAMENTO
CONSERVADOR E CIRURGIA PARA
REDUÇÃO DE FRACTURA COM HASTA
E PRIMITIVOS. A PÓS O TRAUMA, A PES-
SENHA DEMIAGÃO FUNCIONAL +
POCO DE FORÇA PARA O M.S.D.
deixando SEDATOS PERMANENTES.

01/08/19

Alta Médica

J. V. V. V.

REC. N.º 00000000000000000000000000000000
Cód. N.º 42
ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2018

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

Data:	Hora de Chegada:	Hora de Saída:
25-05-18	19.05	
Nome: Pedro Barbosa da souza		Registro N° 80.939
Sexo: M.	Idade: 72A	Cor: m.
Estado Civil:		
Naturalidade: b.-di Itaenga -PE		
Endereço: Silho Guatin		
Responsável: Cecília maria Barbosa da souza (sobrinha)		
HDA: Sintoma de pressão alta não controlada, Fazia eructos Anterior, 2018, 5434 286		

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:	Peso:
Pesp.	HGT:		
Diagnóstico:			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

① Instruir de média - 200 a 100 a SF qm ev.

ARUANA SEGURADORA
15 AGO 2013

Dr. Edson Almeida
CRM/PE 11072
CREMESP 25995



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Registro: 1060155

Enf: 08

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 25/05/2018

DATA DE SAÍDA: 15/06/18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO E OSTEOSÍNTESE DE ANTEBRAÇO. APRESENTOU RETENÇÃO URINÁRIA SENDO AVALIADO PELA UROLOGIA QUE ORIENTOU ALTA COM SVD E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÃO DE RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DE MÃO EM 21 DIAS

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: MAO
PARA CONTROLE EM: 21 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Pedro Otávio de Freitas
CRM-PE

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que a segurada PEDRO BARBOSA DE SOUZA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

Recife, 15/06/18

Dr. Pedro Otávio de Freitas
CRM-PE

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N° 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

PRATICA
15/06/18
15/06/18
PRATICA

RECEITUÁRIO

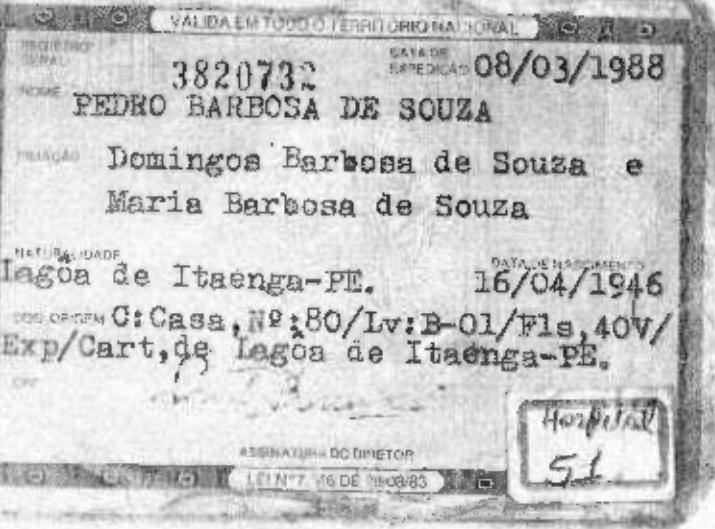
Pedro Barbosa de Souza
vítima de Atropelamento Ponderoso
no dia 25/05/2013. Tendo sofrido
fratura em Antebraço D. com
fratura de Rádio e Ulna D.
(cid-552.9). Foi tratamento
conservador e cirúrgico com
redução de fratura com haste
e pinos. Após o trauma, a per-
sistência da função funcional +
perda de força para o M.S.D.
deixando sequelas permanentes.

01
168
19

Alta Médica

José V. P. P.

ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2013



CPF 743378905-91

ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2013

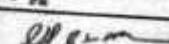
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CHAMADA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA	
	
DOC. IDENTIDADE: 002 EMISSOR: UF 4250484 SBB PE	
DF 219.419.384-34 DATA NASCIMENTO: 16/06/1971	
MUNICÍPIO MARCOL COEDE DE ALMEIDA MARIA JOSÉ DE ALMEIDA	
PERMISSÃO 00495515760	
VALIDADE 13/10/2012	
7 HABILITAÇÃO 25/01/1999	
OBSEVAÇÕES sem observações	
ASSINATURA DO PEGADOR 	
LOCAL CAMPINA - PE DATA EMISSÃO 19/10/2016	
 Assessoria de Serviços Assessoria de Documentos ASSINATURA DO EMISSOR	
38943336844 PE075278847	
DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)	

PHOTO BY PLASTIFEX

Vallejo File 7086
o REINHOLD MACKENZIE
1302534384

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266040/19

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF: 743.378.904-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

PEDRO BARBOSA DE SOUZA : 743.378.904-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

TESTE UNHA



ARUANA SEGURADORA

05 AGO 2013

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Tairan MOURA DE ALMEIDA,

RG nº 96.22.699, data de expedição 17/12/2012,

Órgão SDS/86, CPF nº 104.078.494-75,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Co. Belém</u>
Número	<u>49</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Dois Irmãos</u>
Cidade	<u>PARANÁ</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55825-000</u>
Tel. de contato	<u>81-98996-3511</u>
E-mail	<u>tairanmoura12@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Florianópolis/SC 30/07/2019

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2019

1º TESTEMUNHA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Roberta Lima de Oliveira,

RG nº 8827312, data de expedição 22/08/2009 Órgão SOS/SE

CPF nº 098.381.084-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>VAL DEODORO DA FONSECA</u>
Número	<u>573</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Aracaju</u>
Estado	<u>SE</u>
CEP	<u>55825-000</u>
Telefone de Contato	<u>81-9253-2981</u>
E-mail	<u>marcusfabiano28@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Aracaju 09/05/2019

Assinatura do Declarante: Roberta Lima de Oliveira



05 AGO 2013

ARUANA SEGURADORA

CÓDIGO DE CONTROLE
BA9A45B9.4E19.276A

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 16:34:36 do dia 05/06/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
098.381.084-21

Nome
ROBERTA LIMA DE OLIVEIRA

Nascimento
22/10/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Sheila Javara de Almeida,

RG nº 9060 957, data de expedição 03/08/2010

Órgão SBS/PE, CPF nº 107.678.014-82,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Lo Primavera</u>
Número	<u>5 Pr</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Primavera</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55.815-000</u>
Tel. de contato	<u>(81) 9.9534-7625</u>
E-mail	<u>Sheila.almeida.95@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Recife 30/07/2019

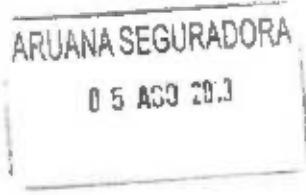
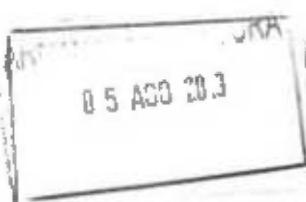
Assinatura do Declarante

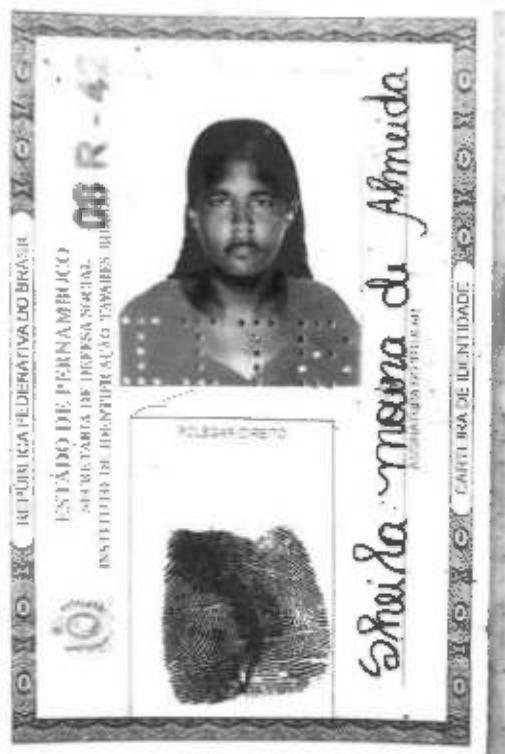
ARUANA SEGURADORA

05 AGO 2013


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Número de Inscrição
107.678.014-82
Nome
SHEILA MOURA DE ALMEIDA
Nascimento
24/02/1995

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner

ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2013



ARUANA SEGURADORA

05 AGO 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO E URNA DIREITOS

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR EM ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA PRONAÇÃO (60 GRAUS) E SUPINAÇÃO (65 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA LEVE DO MEMBRO, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACAS E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
DATA DA ALTA : 01/08/2019

Sequelas permanentes: DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO E URNA DIREITOS

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR EM ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA PRONAÇÃO (60 GRAUS) E SUPINAÇÃO (65 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA LEVE DO MEMBRO, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, PLACAS E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
DATA DA ALTA : 01/08/2019

Sequelas permanentes: DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.3)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463624 **Cidade:** Lagoa do Itaenga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.3)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

**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: 3190463624
Nome do(a) Examinado(a): Pedro Barbosa de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Si Quatis 1, 743 Casa
Zona Rural Lagoa do Itaenga PE CEP: 55840-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 38209732
Data local do acidente: [25/05/2018]
Data local do exame: [27/08/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DIAFISARIA DE RADIO E URNA DIREITOS

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

Tratamento: PLACAS E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: 01/08/2019

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

VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR EM ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO NA PRONAÇÃO (60 GRAUS) E SUPINAÇÃO (65 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA LEVE DO MEMBRO, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

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

(X) Sim **Não**

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

(X) Sim **Não**

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

LIMITAÇÃO LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742

Leonardo Faria Neves
CRM/PE - 17742

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Pedro Souza de Souza*, Brasileiro(a), portadora do RG nº 382 0732, PE inscrito(a) no CPF sob nº 743.1378.1904-91, Solteiro(a), Não Alfabetizado, Residente na Rua: SI Aquiliz, Nº 1, Bairro, Zona rural, Laguna de Itaenga, PE, Sendo o Outorgante a cima qualificado(a) Vítima de acidente de Trânsito no dia: 25/05/2018

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA Brasileiro(A), Portador do RG:4250694, Órgão Emissor: SSP/PE, Inscrito no CPF sob o Nº 919.419.384-34, Residente na Rua: Lo. primavera, nº5 primavera, Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima qualificado(a) nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO a cima qualificado, na presença de duas Testemunhas qualificadas a baixo, para Representa-lo Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na Cobertura DAMS Podendo para este fins prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher e assinar Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, podendo Solicitar perícias médica, em fim tudo o mas necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

1º TESTEMUNHA: TAINAN MOURA DE ALMEIDA, Brasileira portador do RG de nº9622699, SDS/PE, inscrito no CPF de nº704.078.494-75, Residente na Rua Lo. Belém, Nº49 Dois Irmãos, Paudalho/PE

2º TESTEMUNHA: SHEILA MOURA DE ALMEIDA, Brasileira, solteira, portador do RG de nº9.060.957, SDS/PE, inscrito no CPF de nº107.678.014-82, Rua Lo. Primavera nº5, Primavera, Paudalho/PE

A RÔGO: ROBERTA LIMA DE OLIVEIRA, Brasileira, portadora do RG de nº8827312, SDS/PE, inscrito no CPF de nº098.381.084-21, Residente na Rua Marechal Deodoro Nº573, centro Paudalho/PE. Que assina a Rôgo da vítima OUTORGANTE, pelo motivo de não ser alfabetizada.



Roberta Lima de Oliveira
OUTORGANTE





Taíman Moura de Almeida

1º TESTEMUNHA



Sheila Moura de Almeida

2º TESTEMUNHA

PAUDALHO, 31/07/2019

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINHA - TABELOMATO
Prefeito dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos. Portaria dos Rúbricos Jurídicos
Av. Congresso Espanhol, número 001, 126, Fone/Fax: (81) 3621-0410, Carpinha - PE - e-mail: carpinha@bol.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: ROBERTA LIMA DE OLIVEIRA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINHA/PE 31/07/2019 10:21:05. Emol:3,51; TSBR: 0,80 FERC:0,40; Total: 4,91. Selo # 0074807.QBE07201902.01077. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Marcia Michale Galdino da Silva, Tabelia
Selo:0074807.QBE07201902.01077



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINHA - TABELOMATO
Prefeito dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos. Portaria dos Rúbricos Jurídicos
Av. Congresso Espanhol, número 126, Fone/Fax: (81) 3621-0410, Carpinha - PE - e-mail: carpinha@bol.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: TAÍMAN MOURA DE ALMEIDA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINHA/PE 31/07/2019 10:21:05. Emol:3,51; TSBR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,91. Selo # 0074807.QBE07201902.01078. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Marcia Michale Galdino da Silva, Tabelia
Selo:0074807.QBE07201902.01078



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINHA - TABELOMATO
Prefeito dos Registros de Imóveis, Hipotecas, Títulos e Documentos. Portaria dos Rúbricos Jurídicos
Av. Congresso Espanhol, número 126, Fone/Fax: (81) 3621-0410, Carpinha - PE - e-mail: carpinha@bol.com.br

Reconheço, Por Autenticidade a firma: SHEILA MOURA DE ALMEIDA, lançada em minha presença dou fé.
CARPINHA/PE 31/07/2019 10:33:36. Emol:3,51; TSBR: 0,80; FERC:0,40; Total: 4,91. Selo # 0074807.XMT07201902.01084. Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.
Marcia Michale Galdino da Silva, Tabelia
Selo:0074807.XMT07201902.01084



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266040/19

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF: 743.378.904-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2018

PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

PEDRO BARBOSA DE SOUZA : 743.378.904-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Josyelli de Oliveira Cabral

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266040/19

Número do Sinistro: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

CPF: 743.378.904-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

PEDRO BARBOSA DE SOUZA : 743.378.904-91

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463624

Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190463624 **Vítima: PEDRO BARBOSA DE SOUZA**

Data do Acidente: 25/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO BARBOSA DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001783-3

Conta: 000000510976-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

443.378.904-91

4 - Nome completo da vítima:

Roberto Barbosa de Souza

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

5 - Nome completo:

Roberto Barbosa de Souza

6 - CPF:
443.378.904-91

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:
743

10 - Complemento:
Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:
SC

14 - CEP:
55940-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):
81 99253-2981

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3

CONTA:

0510976

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à

nasceu (não nascer):

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

 Roberto Barbosa de Souza

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

098.381.084-26

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

 Roberto Barbosa de Souza

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

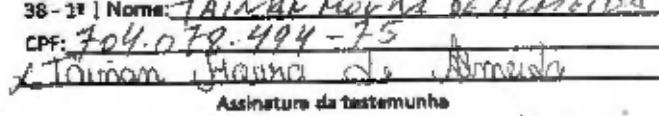
40 - Local e Data:  São Paulo 30/07/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 Tânia Moraes de Almeida

 Tânia Moraes de Almeida

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  Sheila Moraes de Almeida

CPF: 107.678.014-82

 Sheila Moraes de Almeida

Assinatura da testemunha

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

443.378.904-91

4 - Nome completo da vítima:

Edmo Barbosa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Edmo Barbosa de Souza

6 - CPF:

443.378.904-91

7 - Profissão:

nao Rossi

8 - Endereço:

31 Quat's

9 - Número:

743

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Jacó da Tijuca

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

55840-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-99253-2981

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale um ou mais)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3

CONTA:

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob a pena da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no CIVL) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Dados do beneficiário:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim Não

31 - Vítima

Vivos: Sim Não

Vivos: Sim Não

teve imóveis?

Sim Não

Sim Não

Sim Não

32 - Se tinha imóveis, informar

Vivos: Sim Não

Vivos: Sim Não

33 - Vítima deixou

filhos/vivos?

Sim Não

34 - Vítima deixou

filhos/vivos?

Sim Não

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



Roberta Lima de Oliveira

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

098.381.084-26

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Roberta Lima de Oliveira

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: Tânia Mônica de Oliveira
CPF: 704.072.494-75

Tânia Mônica de Oliveira

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Shelley Mônica de Oliveira
CPF: 127.678.074-82

Shelley Mônica de Oliveira

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

ARUANA RECHIADORA

PP-001 V002/2019

14 AGO 2019

9

44 - Assinatura do procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 054^a CIRCUNSCRICAO
 ITAENGA - DP54^aCIRC DINTER1/11/DE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E014400049



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2018
 11:40

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumidor)
 aconteceu no dia 26/6/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, SITIO QUATIS, PRÓXIMO AO BAR DE JOSIAS - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO (AUTOR/AGENTE)
 PEDRO BARBOSA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Srt(a). MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO

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

PEDRO BARBOSA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: MASCULINO - NOME: MARIA BARBOSA DE SOUZA PR/ DOMINGOS BARBOSA DE SOUZA (Data de Nascimento: 16/07/1948
 Naturalidade: LAGOA DE ITAENGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3529722/SDS/PE
 (RG): 74357800481 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escaladade: ANALFABETO Profissão:
 APOSENTADO

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 1, SITIO QUATIS, PRÓXIMO A ASSEMBLEIA, ZONA RURAL, LAGOA DE ITAENGA - CEP: 5 - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL

MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Srt(a). MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO, que estava em posse do(a) Srt(a)

MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO

Veículo/Modelo: DESCONHECIDO/MÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: N/A
Quântidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGAÇÃO O SR PEDRO BARBOSA DE SOUZA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO, DIZ QUE NO DIA 26/06/2019 ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DE JOSIAS, SITIO QUATIS, ZONA RURAL DE LAGOA DE ITAENGA, PE, QUANDO FOI ATRAVESSAR A VIA FOI SURPREENDIDO POR UM MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA QUE O ATINGIU LEVANDO-O AO SOLO, DIZ QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE LAGOA DE ITAENGA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. POR FIM, O CONDUTOR DA MOTO DESCONHECIDA SE EVADIU DO LOCAL NÃO SENDO IDENTIFICADO.



PEDRO BARBOSA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ROMERO SALTAR GUNHA - Matrícula: 2133786PC



ARUANA SEGURADORA
05 AGO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

443.378.904-91

4 - Nome completo da vítima:

Roberto Barbosa de Souza

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

5 - Nome completo:

Roberto Barbosa de Souza

6 - CPF:
443.378.904-91

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:
743

10 - Complemento:
Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:
SC

14 - CEP:
55940-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):
81 99253-2981

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3

CONTA:

0510976

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §ºº, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deu

nasceu

na

nascer

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

33 - Vítima deixou

Sim

Não

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

25 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

26 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

27 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

28 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

29 - Assinatura da testemunha

30 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

31 - Assinatura da testemunha

32 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

33 - Assinatura da testemunha

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Assinatura da testemunha

36 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

37 - Assinatura da testemunha

38 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

39 - Assinatura da testemunha

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da testemunha

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura da testemunha

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

127 - Assinatura da testemunha

128 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

129 - Assinatura da testemunha

130 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

131 - Assinatura da testemunha

132 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

133 - Assinatura da testemunha

134 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

135 - Assinatura da testemunha

136 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

137 - Assinatura da testemunha

138 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

139 - Assinatura da testemunha

140 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

141 - Assinatura da testemunha

142 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

143 - Assinatura da testemunha

144 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

145 - Assinatura da testemunha

146 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

147 - Assinatura da testemunha

148 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

149 - Assinatura da testemunha

150 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

151 - Assinatura da testemunha

152 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

153 - Assinatura da testemunha

154 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

155 - Assinatura da testemunha

156 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

157 - Assinatura da testemunha

158 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

159 - Assinatura da testemunha

160 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

Data:	Hora de Chegada:	Hora de Saída:
25-05-18	19.05	
Nome: Pedro Barbosa da souza		Registro N° 80.939
Sexo: M.	Idade: 72A	Cor: M.
Estado Civil:		
Naturalidade: Lagoa de Itaenga - PE		
Endereço: Sítio Quatin		
Responsável: Cecília Maria Barbosa da souza (sobrinha)		
HDA: Sintoma de pressão alta não controlada, Fazia eructos Anterior, 2018, Sintomas: 5434 286		

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:	Peso:
Pesp.	HGT:		
Diagnóstico:			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

① Instruir de média - 200 a 100 e se que ev.

ARUANA SEGURADORA
15 AGO 2013

Dra. Edilene Almeida
CRM/PE 11072
CREMESP 25995

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO BARBOSA DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01783-3

CONTA: 000000510976-0

Nr. Autenticação

BRADESCO02092019050000000002370178300000510976236250 PAGO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50.060-002
CNPJ 10.835.932/0001-98
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599**
**Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos**
**Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis**

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
PEDRO BARBOSA DE SOUZA	02/08/2019	26/07/2019	007013731335
CPF: 743.378.894-61	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	33,89	26/07/2019	2012888547
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	NÚMERO DA NOTA FISCAL 071358931		
SI QUATIS 1	Nº DA INSTALAÇÃO 0008788146		
ZONA RURAL LAGOA ITAENGA/LAGOA ITAENGA RURAL 55840-000 LAGOA DE ITAENGA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disponibilidade, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.caepc.com.br	RESERVADO AO FISCO 354E.7042.8CAE.58A2.60C2.F1C3.D160.C4D1		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	41,00	0,75063095	32,00					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,71					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,26					
ICMS Subvenção-CDE-NF 063743998-28/05/19			0,42					
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,50					
TOTAL DA FATURA			33,89					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
32,71	26,06	8,17	32,71	0,62	8,26	32,71	0,81	1,24

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	MÁX. OUP APROVADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/2019					
000-Máx de horas sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	
000-Máx de reprise sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	
000C-Duracão máxima de interrupção contínua	0,00	0,00	0,00	0,00	
000C-Duracão de interrupção até a crise					Límite DMC: 0,00
0000-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,32					
Todos consumidores estão submetidos à apuração das Indicadores DMC, FIG, DMC e DMC e DMC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacêutico: av. são sebastião no 86 centro / farmácia estação: praça marília aurora s/n centro! lista completa em www.calpe.com.br."

Na data da leitura à bandeira em vigor é o Anexo. Mais informações em www.anesd.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tenor de fornecimento.

Pague, em dia(s) que gera multa 25% (Reais/14/ANEXEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mais

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 faltas/ausências, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

THE END ISN'T ME & YOU

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cahorro será usado em leitora ótica.**

8380000000000 338000110070 013331335106 141384418733



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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REFERENCES AND NOTES

THE BOSTONIAN

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 023 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Manoel Antônio de Almeida

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 919.419.384-134, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Padre Benedito de Souza Inscrito (a) no CPF sob o N° 743.378.904-91

do sinistro de DPVAT cobertura 11 VALIDEZ da Vítima Padre Benedito de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o N° 743.378.904-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Co. Roma Viva</u>	Número:	<u>5</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Aruanã</u>	Cidade:	<u>Salvador</u>	Estado:	<u>BA</u>
E-mail:	<u>meirofator15@hotmail.com</u>	CEP:	<u>45825-000</u>	Tel.(DDD):	<u>81-99534-7625</u>

Local e Data: Paudacão 30/07/2019

Assinatura do Declarante

