

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETAS CALCIFICAÇÃO COM DEFORMIDADE - ATROFIA DO MIE RIGIDEZ
físico: ARTICULAR DEFICIT DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ EDEMA RESIDUAL

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A CIRURGIA
ALTA DEFINITIVA 19/12/18

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS QUE JUSTIFIQUEM A VALORAÇÃO DE 75% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA DIA 21/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO COM PAGAMENTO DE 75% DO TORNOZELO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO EM 05/06/2018 PELA PERÍCIA MÉDICA: VÍTIMA EM TRATAMENTO. 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.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA EM 21/01/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL COM PAGAMENTO COM PAGAMENTO DE 75% DO TORNOZELO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009861 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO **Data do acidente:** 17/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO EM 05/06/2018 PELA PERÍCIA MÉDICA: VÍTIMA EM TRATAMENTO. 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.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE GENIVALDO DE BRITO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 3.320.743, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 639.624.624-49, residente no(a) RUA ANTONIO RAFael DE FREITAS
nº 412, bairro: CENTRO, município: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE.

OUTORGADO:

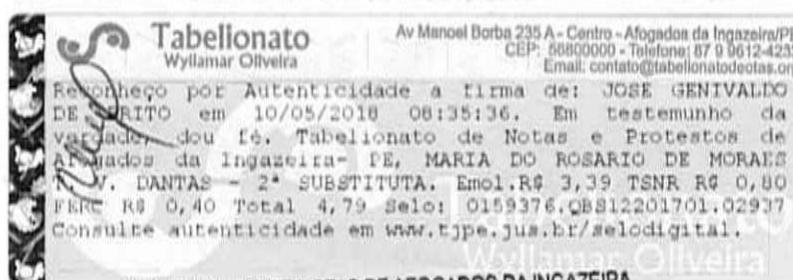
Nome: RUBERVAL A. DE LIMA JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: Pescador, portador(a) do RG 5.399.959, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 008.748.134-09, residente no(a) RUA D'APIA JOSE DA SILVA
nº 89A, bairro: CENTRO, município: CARNAÍBA PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO.

Local e Data: CARNAÍBA 10 DE MAIO 2018

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



T ABELIONATO DE NOTAS DE AFOGADOS DA INGAZEIRA
CNPJ: 28.911.710/0001-92
AV. MANOEL BORBA,235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE
www.tabellonatodenotas.org
FONE: (87) 9. 9612-4232

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE GENIVALDO DE BRITO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 3.320.743, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 639.624.624-49, residente no(a) RUA ANTONIO RAFael DE FREITAS
nº 412, bairro: CENTRO, município: AFOGADOS DA INGAZEIRA PE.

OUTORGADO:

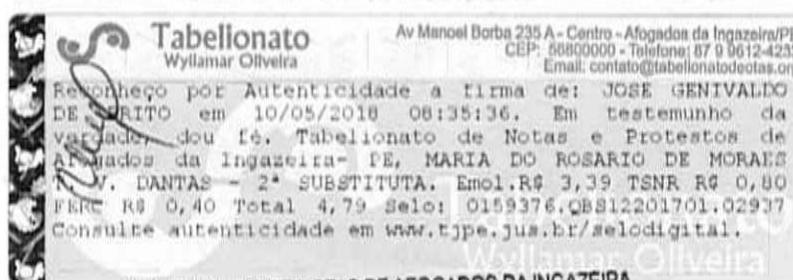
Nome: RUBERVAL A. DE LIMA JUNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: Pescador, portador(a) do RG 5.399.959, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 008.748.134-09, residente no(a) RUA D'APIA JOSE DA SILVA
nº 89A, bairro: CENTRO, município: CARNAÍBA PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO.

Local e Data: CARNAÍBA 10 DE MAIO 2018

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



T ABELIONATO DE NOTAS DE AFOGADOS DA INGAZEIRA
CNPJ: 28.911.710/0001-92
AV. MANOEL BORBA,235-A, CENTRO-AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE
www.tabellonatodenotas.org
FONE: (87) 9. 9612-4232

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Número do Sinistro: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2018

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 19/02/2019
Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR
CPF: 008.748.134-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2018

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR : 008.748.134-09

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

JOSE GENIVALDO DE BRITO : 639.624.624-49

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: 03/01/2019
Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR
CPF: 008.748.134-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002099/19

Número do Sinistro: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF: 639.624.624-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2018

Titular do CPF: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR : 008.748.134-09

Comprovante de residência

JOSE GENIVALDO DE BRITO : 639.624.624-49

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: 09/01/2019
Nome: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR
CPF: 008.748.134-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	639.623.624-49	JOSE GENIVALDO DE BRITO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
JOSE GENIVALDO DE BRITO	639.623.624-49		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AGRICULTOR	RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS	910	CASA
Bairro:	Cidade:	CEP:	
CENTRO	AFOGADOS DA INGAZERIA	56.800-000	
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1433**

CONTA: **41244**

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a Vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **AFogados da Ingaezera 07.02.19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Jose genivaldo de brito

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009861 **Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO**

Data do Acidente: 17/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190009861

Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009861 Vítima: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: 17/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GENIVALDO DE BRITO

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE GENIVALDO DE BRITO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001433

Conta: 0000041244-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: **JOSE GENIVALDO DE BRITO**

Nº Sinistro: **3190009861**

JOSE GENIVALDO DE BRITO

Data do Acidente: **17/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RUBERVAL AMARAL DE LIRA JUNIOR**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

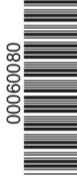
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190009861**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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



**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

Sinistro: **3180236465**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GENIVALDO DE BRITO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS nº 412 - CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3320743 - SSP**

Data e local do acidente: **17/02/2018 AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE**

Data e local do exame: **05/06/2018 MONTEIRO/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura exposta tornozelo esquerdo

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

vítima queda de moto , deu entrada no Hospital regional de afogados no dia 12/02/18 , apresentando fratura exposta em tornozelo esquerdo , encaminhado para hospital regional em Caruaru , foi submetido a procedimento cirúrgico e fixador externo.

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

ao exame apresenta deformação , edema local , dor crônica , restrição de movimento , alterações da marcha e fixador externo em membro inferior / tornozelo esquerdo.

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

vítima com fixador externo , no momento em tratamento.

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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE CONCLUSÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: NAPOLEAO BEZERRA COSTA CRM:9392/PB


Dr. Napoleão Bezerra Costa
Médico
CRM-19-9392

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

**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

639.624.624-49

Nome completo da vítima

JOSE GENIVALDO DE BRITO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF titular da conta

639.624.624-49

Profissão

AGRICULTOR

Endereço

RUA ANTONIO RAPHAEL DE FREITAS

Número

412

Complemento

CASA

Bairro

CENTRO

Estado

PE

CEP

56.800-000

Email

Telefone (DDD)

(87) 996395265

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

36312

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os Bancos)

BANCO

Nome

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

22 MAI 2018

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT

22 MAI 2018

**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

639.624.624-49

Nome completo da vítima

JOSE GENIVALDO DE BRITO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE GENIVALDO DE BRITO

CPF titular da conta

639.624.624-49

Profissão

AGRICULTOR

Endereço

RUA ANTONIO RAPHAEL DE FREITAS

Número

412

Complemento

CASA

Bairro

CENTRO

Estado

PE

CEP

56.800-000

Email

Telefone (DDD)

(87) 996395265

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

36312

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os Bancos)

BANCO

Nome

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

22 MAI 2018

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT

22 MAI 2018

NRG

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

2018-10-10 de MAIO de 2018

Local e Data

Jose Genivaldo de Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jose Genivaldo de Brito
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0270000231

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/05/2018 às 21:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/2/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO CURRAL VELHO - AFOGADOS DA INGAZIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZIRA, 1 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / ESTRADA VICINAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE GENIVALDO DE BRITO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).
JOSE GENIVALDO DE BRITO**



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

JOSÉ GENIVALDO DE BRITO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: ANA BRITO DE ALMEIDA Data de Nascimento: 8/7/1967 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3328743/SSP/PE (RG), 63882482448 (CPF), 0158883643 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO RAFAEL DE FREITAS , 412 - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ GENIVALDO DE BRITO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: Não**

Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KLG4555** (PERNAMBUCO/AFOGADOS DA INGAZERA) Renavam: **741066146** Chassi:
9G2JC3829YR052411
Ano Fabricação/Modelo: **2000/2000**
Descrição: **A MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DE FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA DO SÍTIO CURRAL VELHO, ZONA RURAL DE AFOGADOS DA INGAZÉIRA, QUANDO EM UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM QUE PILOTAVA, NA TENTATIVA DE DESVIAR DE UM VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO. O MESMO FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZÉIRA. ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA NA PERNAS ESQUERDA.

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

**JOSÉ GENIVALDO DE BRITO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: RENATA JANAINA B. VASCONCELOS - MAT. 273.627-6 -
Matrícula: 273.627-6



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 <i>JOSE GENIVALDO DE BRITO</i>	CPF da Vítima <i>639.624.624-19</i>	Data do Acidente <i>17.02.2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>(87) 99633 5265</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a abertura 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 Lider 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Caruába, 10 de maio de 2018

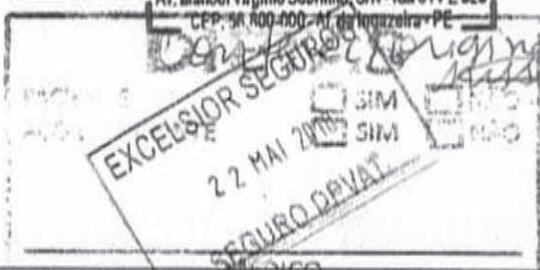
Local e Data

Jose Genivaldo de Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: H.R.E.C - Tricentenário					Data: 17.02.18
PACIENTE RESPONSÁVEL	Nome: José Genival de Brito					Nº da Ocorrência
	Residência: Endereço: Rua das Flores					Telefone
SUS:	Nome: mãe: Ana Almeida de Brito					Telefone: (87) 996255139
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
<input checked="" type="checkbox"/> SEGURADO	<input type="checkbox"/> ESPOSA	<input type="checkbox"/> FILHO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input checked="" type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> BRASILEIRO	NÚMERO
				<input type="checkbox"/> FEM.	<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO	ÓRGÃO EMISSOR
		Agricultor		09/02/68	UF PE	
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ANDANDO	<input type="checkbox"/> DE AUTO	SAÍDA	CHEGADA	15 h 32 MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	
<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	CHEGADA	SAÍDA		<input type="checkbox"/> CASO CLINICAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares	
MÁX.:	MIN.:		AXILAR.:	RENAL.	PA = 120x90 mmHg, 16° 25	
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas						
<p>Doente refere sudorese</p> <p>moto com trauma MIE</p> <p>negs ferida e consuérveis.</p> <p>refers negativamente a álcool.</p> <p>negs alucin.</p> <p>EF REG BEN VOTS 3/3.</p> <p>1º P. CORONADO 1+ / 4+</p> <p>2º P. CORONADO 1+ / 4+</p> <p>SC BUN N= 2t S/5 FC B8</p> <p>PA 100x60</p> <p>SP mVUF 81/83</p> <p>ASD Semir Quiesc., Rabs +</p> <p>FUS C120, intérvalo DB-0</p> <p>Quadril estreito</p> <p>ext frustum exposto MIE</p>						
Tratamento		<p>- SF 0,9% 1000ml 18/25</p> <p>franum 100g + 100ml SF 100ml x 2x500</p> <p>- ciprofloxacin 250mg 16:00</p> <p>- SPT 500ml 5m.</p>				
10.583.920/0010-24 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Av. Manoel Virginio Sobrinho, S/N - KM 01 PE 320 CEP: 50.000-000 - M. da Madre de Deus - PE 						
Destino Dado ao Paciente		Impressão Diagnóstica				
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	Frustum exposto MIE				
Encaminhado						
Removido						
Óbito às _____ H _____ Min. do						
Dia _____						
Encaminhado ao IML						
Assinatura - Caixão - CRM / CRO						

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GENIVALDO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01433

CONTA: 000000041244-8

Nr. da Autenticação 4B977FAE8984CDD8

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 10.835.932/0001-08
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 Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARGARIDA PEREIRA AMARAL

CPF: 089.618.834-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DARIO JOSE DA SILVA 89 -A

CENTRO/CARNAIBA
56820-000 CARNAIBA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

173,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

015598088

CONTA CONTRATO

007024476434

Nº DO CLIENTE
2015280018Nº DA INSTALAÇÃO
0006374004

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A025.B973.2CD9.F64B.A8D6.EE6A.560F.7B53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	203,00	0,71942094	146,04
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,72
Contribuição Iluminação Pública			21,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 007988976-07/03/18			1,76
Multa por atraso-NF 011726481 - 06/04/18			3,14
Juros por atraso-NF 011726481 - 06/04/18			0,57
Atualização IGPM-NF 011726481 - 06/04/18			0,35
TOTAL DA FATURA			173,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
146,76	25,00	36,69	146,76	1,12	1,64	146,76	5,32	7,80



Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48323500		kWh
MAI	18	203	
ABR	18	236	
MAR	18	277	
FEV	18	342	
JAN	18	300	
DEZ	17	283	
NOV	17	196	
OUT	17	121	
SET	17	119	
AGO	17	98	
JUL	17	99	
JUN	17	100	
MAI	17	132	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	40,45
Transmissão	27,56
Distribuição (Celpe)	33,46
Encargos Setoriais	22,80
Tributos	12,61
TOTAL	8,59
	31,43
	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		mar/2018			
DIC-No.de horas sem Energia	AFOGADOS DA	0,00	11,45	22,90	45,80
FIC-No.de vezes sem Energia	INGAZEIRA	0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	6,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICRI:	16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 52,03					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.388/18.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DESTAQUE AQUI

CONTAS CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007024476434	05/2018	173,62	15/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. http://autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rubensval finançal de Souza Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.748.134 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Genivaldo de Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 639.624.624 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima José Genivaldo de Brito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 639.624.624 / 49, 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua. Dálio José da Silva</u>		<u>89 A</u>	<u>Barra</u>
<u>Bairro</u> <u>Perito</u>	<u>Poximábia</u>	<u>Estado</u> <u>PE</u>	<u>CEP</u> <u>56.820-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(087) 9.9639-5265

Parmáiba, 21 de Mai de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Rubensval finançal de Souza Júnior



Declaração do Proprietário do Veículo

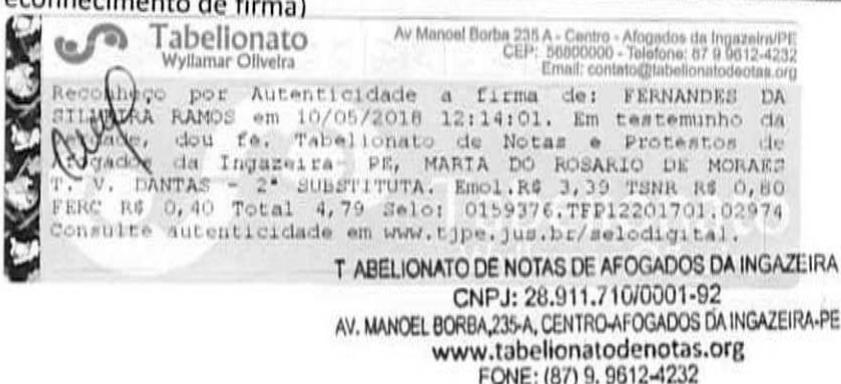
Eu, FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS,
RG nº 4568916, data de expedição 06/03/2015,
Órgão ESCE/PE, portador do CPF nº 880.679.044-72, com
domicílio na cidade de AFOGADOS DA INGAZEIRA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ANTONIO RAPHAEL DE FREITAS, nº 412,
complemento C/1A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE GENIVARDO DE BRITO, cujo o condutor era
JOSE GENIVARDO DE BRITO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 TITAN ES
Ano: 2000 / 2000
Placa: KLG 4858
Chassi: 9L2JC3020YR052411
Data do Acidente: 17.02.2018
Local e Data: CARNAIBA, 10 de maio 2018

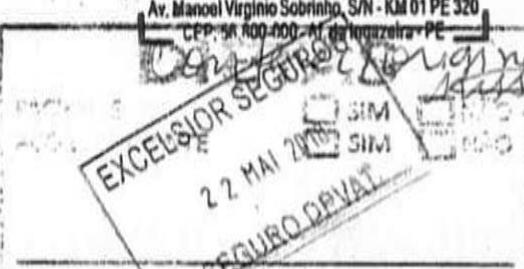
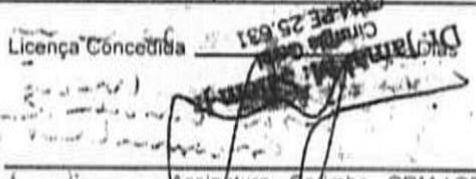
X Fernandes da Silveira Ramos
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: H.R.E.C - Tricentenário				Data: 17.02.18		
PACIENTE	Nome: José Genival de Brito				Nº da Ocorrência		
	Residência: Endereço: Rua das Flores				Telefone		
RESPONSÁVEL	Nome: Mãe: Ana Almeida de Brito						
	Residência: Sus:				Telefone: (87) 996255139		
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
<input checked="" type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		Agricultor	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	09/07/68	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF PE	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA	CHEGADA	15 h 32 MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO CLINICAL		
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares		
MÁX.	MIN.		AXILIAR:	RENAL:	PA = 120x90 mmHg, 16°25 Rnro NOTIFICADO 10.583.920/0010-24 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Av. Manoel Virginio Sobrinho, S/N - KM 01 PE 320 CEP: 58.000-000 - Maceió - PE  EXCELSIOR SEGURO ORIGINAL 22 MAI 2018 SIM SEGURO DE VIDA SINCOO		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas <p> Paciente refere sudorese moto com trauma MIE nega ferida ou consuérveis. refereu náuseas e vômitos. nega uso de álcool. nega uso de cocaína OF REG BEN VOTS 3/3. 1º P. CORONARO 1+/4 + 2º P. CORONARO 1+/4 + SC BUN N= 27 S/5 FC B8 PA 100x60 SP mVUF 81/83 ASG Demi Quedado, Rota + FUSCOS, INFLAM. DB- Quadri estavel ext fraturas expostas MIE </p>					Tratamento - SF 0,9% 1000ml 18/25 frasco 100g + 100ml SF 1/2 injeção 2x50 - cefalotin 2g ev dia 16/25 - SPT 500ml 5m.		
Destino Dado ao Paciente <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado					Impressão Diagnóstica 1) Fraturas expostas MIE		
Removido					Lichena Concedida		
Óbito às _____ H. _____ Min. do _____					Licença Concedida		
Dia _____					Assinatura - Calimbo - CRM / CRO		
Encaminhado ao IML							

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCOFICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
	(NOME SOCIAL)			

IDADE:

NOME:

SITUAÇÃO /QUEIXA:

DCT em acidente de moto com fratura exposta na perna es.

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE
------------	-------------	----------	------------------

DOENÇAS PREEXISTENTES: nega

INTOLERÂNCIA/ALERGIA: nega

PARÂMETROS

PA	100/60	P	R	T	sPo2	HGT	GLASGOW	PESO
RÉGUA DE DOR	LEVE				MODERADA		GRAVE	

ACIDENTE DE TRABALHO()SIM NÃO

CONSCIENTE	✓ ORIENTADO	✓ DESORIENTADO	ANSIOSO	CALMO
AGITADO	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DEMANDADA	

RITMO SINUSAL	PALPITAÇÕES	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNÉIA AOS ESFORÇOS	DISPNÉIA EM REPOUSO	DISPNÉIA P. NOTA EXTERNA	EXPIRATÓRIA
CIANOSE	PALIDEZ	SUDORESE	22 MAI 2018

DOR TORÁCICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
DURAÇÃO DA DOR	LOCALIZAÇÃO	
	IRRADIADA DA DOR	
BRAÇO E	BRAÇO D	ABDOMÉ
EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	ESCÁPULA MANDÍBULA TÓRAX POSTERIOR
	DOR PRESENTE	
		QUANDO RESPIRA

ESTASE JUGULAR	EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS
DEFÍCIT MOTORFACE	DM MSD	DM MSE	DM MID DM MIE

FLUXOGRAMA

ao octopodato / embolias

válida em todo o território nacional

1420823214

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE POLÍCIA
AGÊNCIA NACIONAL DE CUSTÓDIA DE ARMAS

HOME
JOSE GENIVALDO DE BRITO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF —
3320743 SSP PE

CPF — DATA NASCIMENTO —
639.626.626-49 09/07/1967

PAISAGÃO —
NAO DECLARADO

MÃE —
ANA BRITO DE ALMEIDA

PERMISSÃO — ACC — CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO — VALIDADE — 1ª HABILITAÇÃO —
01588893643 10/01/2032 22/12/2000

OBSERVAÇÕES —
sem observações

João Genivaldo de Brito
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL —
AFOGADOS DA INGAPEIRA - PE

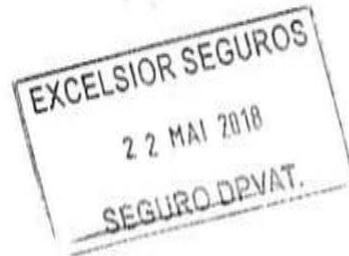
DATA EMISSÃO —
11/01/2017

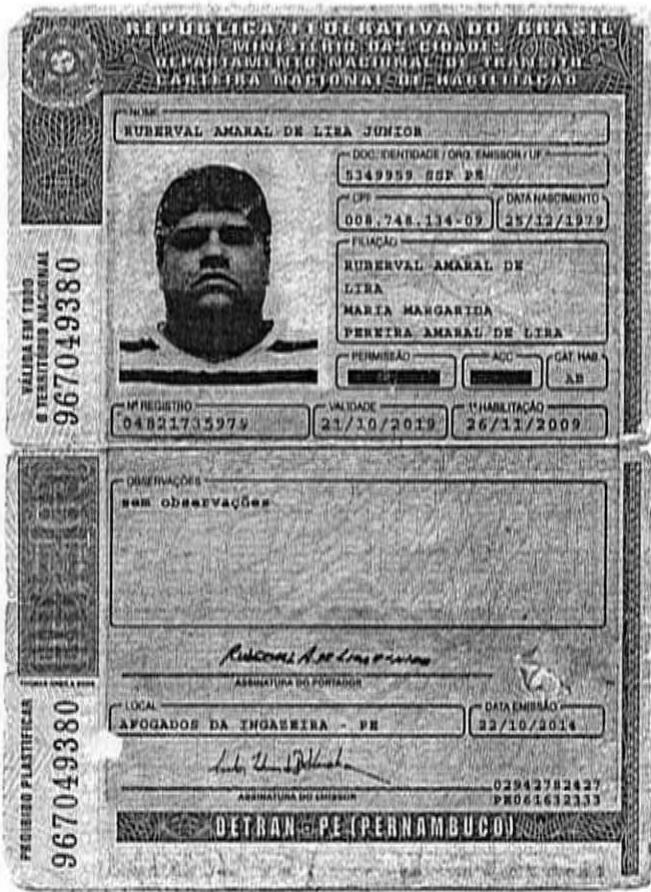
CAF
Charles Andrade Souza Almeida
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

78065341619
PE077109619

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR





EXCELSIOR SEGUROS
22 MAI 2018
SEGURADO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	CÓD. RENAVAM:	R.N.T.R.C.:	EXERCÍCIO:
1	741050140	2018	2018
NOME: FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS			
APOGADOS DA INGAPEIRA			
CPF / CNPJ:	PLACA:		
550 579 044-72	KLG 4853		
PLACA ANT / UF:	Nº CHASSI:		
550 579 044-72 PE	9021020207P002411		
ESPECIE TIPO:	COMBUSTIVEL:		
PAS / MOTOCICLETA	GRÁTINA		
MARCA / MODELO:	ANO FAB. ANO MOD.		
HONDA / CG 125 TITAN ES	2000 2000		
CAP / FOT. CIL:	CATEGORIA:		
2P / 124CL	FÁRTIC		
IPIVA 2018 QUITADO	VENC. COTA UNICA:		
IPVA 2018	1 ^a COTA		
FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO - COTAS:		
1	2 ^a COTA 3 ^a COTA		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO:			
SEGUR. FAICO			
SEM RESERVA			
OBSERVAÇÕES:			
APOGADO DA INGAPEIRA		DATA:	
Fernandes da Silveira Ramos		18/04/18	
PROBLEMAS: Necessário regularizar o documento no DETRAN/PE			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727914121 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FERNANDES DA SILVEIRA RAMOS

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

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

APOGADOS DA INGAPEIRA		EXERCÍCIO:	DATA EMISSÃO:
VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:	
1	550 579 044-72	KLG 4853	
RENAVAM:	MARCA / MODELO:		
741050140	HONDA / CG 125 TITAN ES		
ANO FAB:	Nº CHASSI:		
2000	9021020207P002411		
CAT. TARE:			
03			
PRÉMIO TARIFÁRIO			
ENG (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A DESPESA PELO BILHETE (R\$)	
SEGUR. FAICO			
PAGAMENTO:			
COTA UNICA	PARCELA DO	DATA DE QUITAÇÃO:	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

DESCARREGUE QUANDO O BILHETE DPVAT ESTIVER NA PARTE DE FORTE DETERIORAÇÃO.

