



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345744/19

**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**CPF:** 027.610.914-77

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Titular do CPF:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

### BARTOLOMEU LOPES TAVARES : 027.610.914-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190568781

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**Data do acidente:** 17/12/2018

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO (90 GRAUS DE ELEVAÇÃO E 60 DE ROTAÇÃO) E FORÇA MUSCULAR (++) DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESÃO, MAS DESENVOLVEU RIGIDEZ ARTICULAR POR CAPSULITE ADESIVA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	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:** 3190568781 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO (90 GRAUS DE ELEVAÇÃO E 60 DE ROTAÇÃO) E FORÇA MUSCULAR (++/4+) DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESÃO, MAS DESENVOLVEU RIGIDEZ ARTICULAR POR CAPSULITE ADESIVA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190568781 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** DOR EM OMBRO ESQUERDO - P. 3

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO NA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO.  
P. 1 À 4.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X - VÍTIMA COM 42 ANOS.  
@ -P. 4 - CONSTA RELATÓRIO MÉDICO NA PÁGINA 4 INDICANDO LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS.  
- 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190568781 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** DOR EM OMBRO ESQUERDO - P. 3

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO NA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO.  
P. 1 À 4.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X - VÍTIMA COM 42 ANOS.  
@ -P. 4 - CONSTA RELATÓRIO MÉDICO NA PÁGINA 4 INDICANDO LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS.  
- 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE BARTOLOMEU LOPES TAVARES

Portador (a) do documento de identidade n. 4.987.604, expedido por SDS em  
18/10/2006 inscrito no CPF sob o n. 027.610.924-77, residente na  
Rua Conselheiro Pontual n. 445  
complemento \_\_\_\_\_, Barrio BORRACHO cidade CAMARAGIBE, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

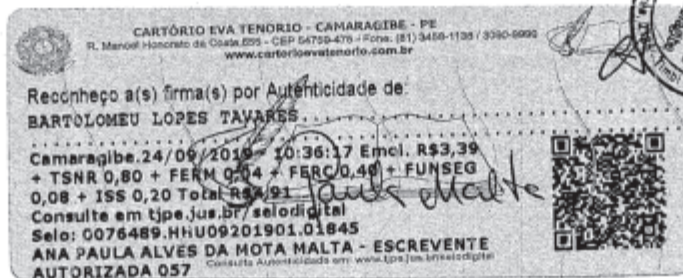
Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em  
10/05/2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na  
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA  
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem  
confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS  
CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de  
encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ**  
**PERMANENTE**, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Camaragibe 24 de setembro de 2019

OUTORGANTE

Bartolomeu Lopes Tavares



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345744/19

**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**CPF:** 027.610.914-77

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

### BARTOLOMEU LOPES TAVARES : 027.610.914-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345744/19

**Número do Sinistro:** 3190568781

**Vítima:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

**CPF:** 027.610.914-77

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 17/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BARTOLOMEU LOPES TAVARES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**BARTOLOMEU LOPES TAVARES : 027.610.914-77**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

---

**Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190568781**

**Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190568781                      Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES

Data do Acidente: 17/12/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
---------------------------------	--

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



---

**Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190568781**

**Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

**Data do Acidente: 17/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES**

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



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190568781

Vítima: BARTOLOMEU LOPES TAVARES

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BARTOLOMEU LOPES TAVARES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: BARTOLOMEU LOPES TAVARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003504-1

Conta: 0000039485-8

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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:

4 - Nome completo da vítima:

027.610.914-77

Bartolomeu Lopes Tavares

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

5 - Nome completo:

Bartolomeu Lopes Tavares

6 - CPF:

027.610.914-77

7 - Profissão:

Recluso - Se

8 - Endereço:

Rua Conceição Paulista

9 - Número:

445

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Borralho

12 - Cidade:

Camacã

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54.750-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 987169468

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3504

1

CONTA: 39.485

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife, 30 Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

027610914-77

Bartolomeu Lopes Tavares

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

5 - Nome completo:

Bartolomeu Lopes Tavares

6 - CPE:

027610914-77

7 - Profissão:

Recusou-se

8 - Endereço:

Rua CH Imaculada Conceição

9 - Número:

445

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Fátima dos Camarais

12 - Cidade:

Camara Gibe

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54750-000

15 - E-mail:

(81) 987169468

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3504

1

CONTA:

39485

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 INVALEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascit)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife, outubro de 2019  
Bartolomeu Lopes Tavares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3190568781  
Nome do(a) Examinado(a): Bartolomeu Lopes Tavares  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Conselheiro Pontual, 445  
Borralho Camaragibe PE CEP: 54756-037  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 4987604  
Data local do acidente: [ 17/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 04/11/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DO OMBRO ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA E FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: CAPSULITE ADESIVA**  
**Data da Alta: 17/12/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO (90 GRAUS DE ELEVAÇÃO E 60 DE ROTAÇÃO) E FORÇA MUSCULAR (++) DO OMBRO ESQUERDO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO OMBRO ESQUERDO.**  
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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><b>OMBRO - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- 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. LUIZ CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761



551607  
0345744/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - DP11ªCIRC  
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0101000758

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/02/2019 às 18:03

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 17/12/2018 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 1, CRUZAMENTO DA AVENIDA AFONSO OLINDENSE** - Bairro: **VARZEA** - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
CITYLOC CT LOC DE VEICS E SERVIÇOS LTDA ( OUTRO )  
ROBERTO NASCIMENTO ( VITIMA )  
BARTOLOMEU LOPES TAVARES ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BARTOLOMEU LOPES TAVARES  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO NASCIMENTO

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

**ROBERTO NASCIMENTO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDOMAR NASCIMENTO DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO GOMES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **31/3/1980** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Comercial: **RUA JOAO CARLOS GUIMARAES, 136 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**BARTOLOMEU LOPES TAVARES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS NEVES DA SILVA** Pai: **JOSE TAVARES FILHO** Data de Nascimento: **26/7/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4987604/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)**  
Telefones Celulares:  
- **81994131710**

Endereço Residencial: **RUA LUCIO MENDONÇA, 279 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CITYLOC CT LOC DE VEICS E SERVIÇOS LTDA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Répresentante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: - Documentos: **03446400000202 (CNPJ)**

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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CITYLOC CT LOC DE VEICS E SERVIÇOS LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BARTOLOMEU LOPES TAVARES**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/SPIN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDI9892** (PERNAMBUCO/RECIFE) Chassi: **9BGJG7520HB150835**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **RENAVAM 1107934955**

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **BARTOLOMEU LOPES TAVARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEV3122** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD0540CR526677**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **RENAVAM : 453404944; BROS 150 ESD**

Complemento / Observação

**O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA E LOCAL DO FATO QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA JÁ REGISTRADO NESTE, SEMÁFORO VERDE PARA O SENHOR BARTOLOMEU, COLIDIU COM UMA VIATURA DA POLICIA QU ESTAVA EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA QUE CRUZAVA AVENIDA CAXANGA EM DIREÇÃO A AVENIDA AFONSO OLINDENSE. DESSE MODO, O POLICIAL ROBERTO LIGOU PARA O SAMU, CTTU, E I.C PARA QUE OS PROCEDIMENTOS LEGAIS FOSSEM REALIZADOS, CHEGANDO PRIMEIRO AO LOCAL A CTTU OCORRÊNCIA S-566138, DEPOIS O SAMU QUE SOCORREU A VÍTIMA ATE A UPA DA CAXANGA CUJO O Nº ATENDIMENTO 01247887 PRONTUARIO Nº 00455114 E ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO. PORTANTO, DIANTE DO EXPOSTO, REQUER O JUSTO RESGUARDO.**

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

**ROBERTO NASCIMENTO**  
**(VITIMA)**

**BARTOLOMEU LOPES TAVARES**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ROBERTO NASCIMENTO DOS SANTOS** Matrícula: **350845-5**





# 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:

4 - Nome completo da vítima:

027.610.914-77

Bartolomeu Lopes Tavares

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

5 - Nome completo:

Bartolomeu Lopes Tavares

6 - CPF:

027.610.914-77

7 - Profissão:

Recluso - Se

8 - Endereço:

Rua Conceição Paulista

9 - Número:

445

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Borralho

12 - Cidade:

Camacã

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54.750-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 987169468

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3504

1

CONTA: 39.485

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife, 30 Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	056.02.2019
DATA	19.02.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **BARTOLOMEU LOPES TAVARES**, portador do Documento de Identidade nº **4987604** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **027.610.914-77**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-566138**, que no dia 17 de dezembro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 17h40, na Avenida Caxangá, imediações entre o Terminal Integrado Caxangá e UPA Caxangá, no bairro Várzea, Recife/PE e, em seguida, sendo direcionado para a UPA Caxangá.  
Recife, 19 de fevereiro de 2019.

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



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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



# 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: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BARTOLOMEU LOPES TAVARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03504-1

CONTA: 000000039485-8

---

Nr. da Autenticação C92A362C5DCF1636



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOSE TAVARES FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
CH IMACULADA CONCEICAO 445

CPF: 033.940.004-82

ALDEIA DOS CAMARAS/CAMARAGIBE  
CAMARAGIBE PE  
54750-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7024365900	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
21/08/2019	12/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	157,69

CONTA CONTRATO	UNICA	CONTA
073242991	UNICA	14/09/2019
DATA DE VENCIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA IMPLANTAÇÃO
14/09/2019	2000248005	843282

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	187,000000	0,77545172	129,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,03
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,99
Contrib. um. Pública Municipal			18,37
ICMS Subvenção-CDE-NF 065878888-12/08/19			1,07
Multa por atraso-NF 065878888-12/08/19			2,38
Juros por atraso-NF 065878888-12/08/19			1,28
Atualização IGPM-NF 065878888-12/08/19			1,09
Compensação DIC Trimestral 03/19			-0,01

TOTAL DA FATURA

157,69

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IPD	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	PDE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
310140522	CAT	12/07/2019	5.930,00		14/06/2019	8.287,00		33	1,0000		187,00
310140522	CRF	12/07/2019	2.355,00		14/06/2019	2.423,00		33	1,0000		59,00

#### HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
AGO 19	157
Jul 19	157
Jun 19	150
Maio 19	173
Abr 19	145
Mar 19	154
FEV 19	149
JAN 19	155
DEZ 18	190
NOV 18	167
OUT 18	194
SET 18	162
AGO 18	179

#### INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIA

ÍNDICE	VALOR DO IMPORTE
ICMS	135,52
PT	135,52
COPV	135,52

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO	VALOR	PERCENTUAL
Geração de Energia	47,00	34,58%
Transmissão	4,71	3,49%
Distribuição (Cepel)	28,58	21,09%
Perdas de Energia	9,01	6,85%
Encargos Sociais	5,71	4,36%
Tributos	39,51	29,15%
Total	136,62	100%

#### TABELAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh)

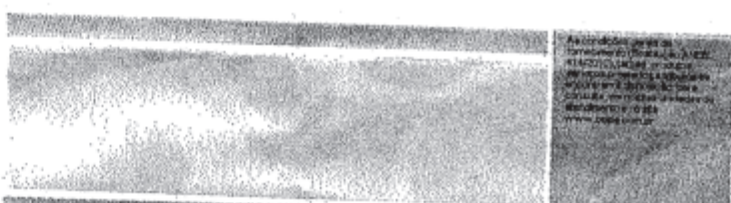
0,54030000

#### RESERVAÇÃO FISCAL

9921.EE17.7E31.CBAA.5BC4.3E51.778D.1088

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento por meio de boleto: consulte o seu boleto no site www.celpe.com.br. Não pague o boleto antes do vencimento. O cliente é responsável por manter a continuidade individual ou coletiva de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (dois por cento) e juros de 1% ao mês (um por cento) sobre o valor devido. O cliente é responsável por manter a continuidade de fornecimento.



CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	INÍCIO DE TENDÊNCIA	VALOR
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	220	330
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	350	388
DAC	0,00	0,00	0,00	0,00		

Limite DIC: 0,00 Limite FIC: 0,00 Limite DAC: 0,00 Limite de Tensão do Lado de Sistema de Distribuição: 220V/388V

CONTA CONTRATO 7024365900 MÊS/ANO 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 21/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 157,69

838000000001-7-57690011007-6 02436590010-6 17653440033-3





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R  
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA MATRÍCULA: 54871430 Mai/2019 R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370 INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 054871430				
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175611159	DATA LEIT. ANTERIOR 10/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	
ÁGUA: LEIT ANT: 167 CONSUMO: 22 LEIT ATU: 189 LEIT FAT: 189				
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS		
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.
04/2019	15	TURBIDEZ	139	133
03/2019	13	COR APARENTE	139	133
02/2019	17	COLOR RESIDUAL	139	133
01/2019	16	COLIF. TOTAIS	139	133
12/2018	19	COLIF. TOTAIS	139	133
11/2018	19	COLIF. TOTAIS	139	133
MÉDIA: 17		Qualidade de Água: <a href="http://www.compesa.com.br">www.compesa.com.br</a>		
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE		10 M3	41,30	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		10 M3	47,40	
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3		2 M3	11,26	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019			1,32	
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 05/2019			1,00	
IMPRESSO EM: 10/06/2019 11:07:30				
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	



**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Arthur V. Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bortolomeu Lopes Tavares inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.610.914-77, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bortolomeu Lopes Tavares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.610.914-77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Apuleu Vieira</u>		Número <u>113</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Várzea</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50810-370</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 987169468</u>

Recife de setembro de 2019  
Local e Data

Arthur V. Costa Neto  
Assinatura do Declarante





Nome: 455114-BARTOLOMEU LOPES TAVARES  
Sexo: MASCULINO  
Idade: 41a 5m  
Nascimento: 26/07/1977  
Contatos: / 81-994131710

Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA  
Endereço: RUA LUCIO MENDONÇA, 279 - VERA CRUZ - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54786110

Data do Atendimento: 17/12/2018

Prontuário: 00455114

Nº Atendimento: 01247887

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

## REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

ACIDENTE VIARIO COM DOR + GRAGONA DO MSE

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

UPA24h  
CAXANGÁ 24h  
Audrey Vasconcelos  
Coord. Médica

Nome:

455114-BARTOLOMEU LOPES TAVARES

Sexo:

MASCULINO

Contatos:

/ 81-994131710

Mãe:

MARIA DAS NEVES DA SILVA

Idade:

41a 5m

Nascimento:

26/07/1977

Data do Atendimento: 17/12/2018

Prontuário: 00455114

Nº Atendimento: 01247887

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

Endereço:

RUA LUCIO MENDONÇA, 279 - VERA  
CRUZ - CAMARAGIBE/ PE - CEP:  
54786110

Conduta:

Conduta:

AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411


UPA CAXANGÁ 24h  
Drª Audrey Vasconcelos  
Coord. Médico  
CRM: 11021

# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-12-17 18:41:56

	Nome Paciente:	BARTOLOMEU LOPES TAVARES
	Cód. Paciente:	455114
	Data de Nascimento:	26/07/1977
	Sexo:	Masculino
	Idade:	41
	Senha:	OR0065
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1247887	
SAME:		

Período: 2018-12-17 18:41:56 - 2018-12-17 18:45:51

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU RECIFE / BASICA 18/ OCORRENCIA 566138 COLISÃO MOTO CARRO COM ESCORIAÇÕES EM MMSS NEGA TCE E VOMITOS REFERE DOR E,M OMBRO E HGT-170
Observação:	HAS- DM- ALERGIA-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- CAPNOGRAFIA: 98.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 74.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: REGINA LUCIENE VENTURA P DA SILVA - COREN: 38470 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-01-07 09:04:35



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE  
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

UNIDADE:

Bortolomeu Lopes

Nome do Paciente:

Joventes.

Nº do Prontuário:

06/09/2019 laudo

Declaro por os  
diagnósticos feitos que pa-  
ciente supracitado  
foi vítima de acidente  
de moto cileto em Deter-  
bro de 2018 e encheu  
com o ADU (Rotação  
Ext normal, Rotação int nor-  
mal, Elevação 90° (120/120)

EID: 1755

1758

Dr. Hugo Gonçalves  
Médico  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM-PE 19.558 TEOT 44.242



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO DE TRÂNSITO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CANCELAMENTO DE LICENÇA DE CONDUTORES

CPF: 027.000.514-70 DATA NASCIMENTO: 26/07/1977

FRENTE

TOMÉ LOPES JAVARES

MARLÊ HADJIMATIDIS DTL

14/11/2003 15/22/2008

04531150009

PROIBIDO PLASTIFICAR

1754068461

PROIBIDO PLASTIFICAR

1754068461

PERNAMBUCO

DETRAN - CONTRAN





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



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1487430708

NOME

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
4416464 SSP PE

CPF 817.008.064-91 DATA NASCIMENTO 02/05/1972

FILIAÇÃO  
GILBERTO VALERIANO DA  
COSTA  
HELENA MARIA DA SILVA  
COSTA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
D

Nº REGISTRO 04324080986

VALIDADE 30/09/2022

1ª HABILITAÇÃO 26/03/2008



OBSERVAÇÕES

EXR

*Artur V. Costa Neto*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

30/10/2017

*Charles Anderson Sousa Ribeiro*  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

30390611474  
PM081620225

PROIBIDO PLASTIFICAR

1487430708

PERNAMBUCO