

Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381
Mãe: MARTA DA SILVA LIMA Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

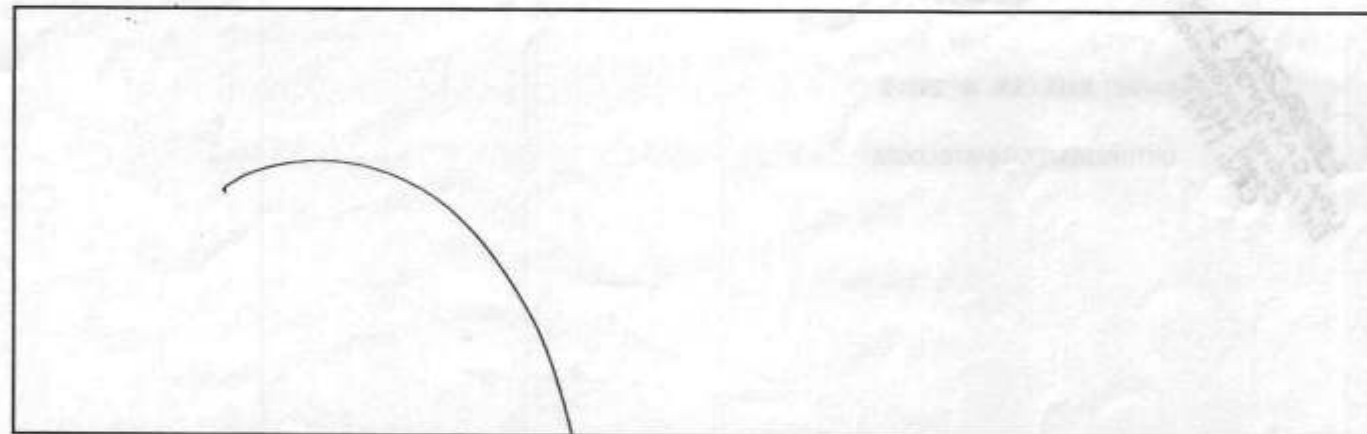
Data do Atendimento: 16/04/2019
Prontuário: 00282747
Nº Atendimento: 01291204
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

REGISTRO CLÍNICO

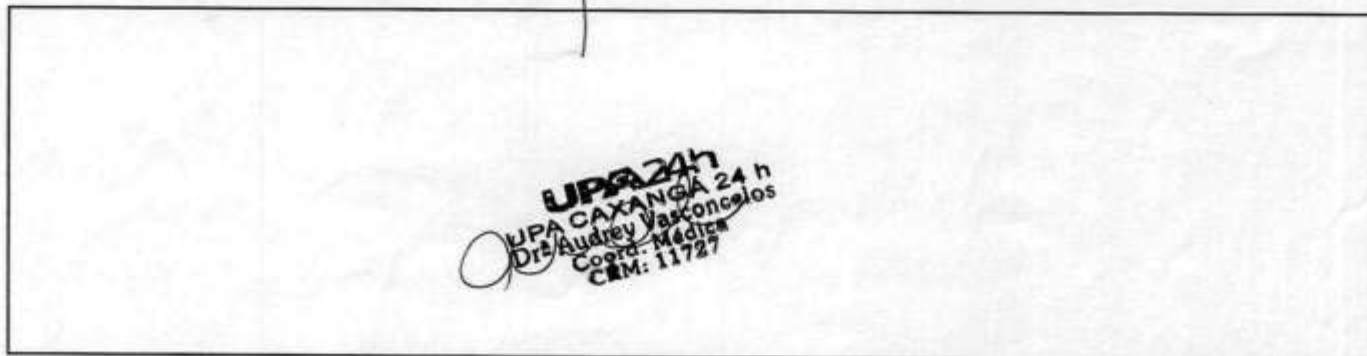
QPD/HDA:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS HÁ 1 HORA EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, APÓS TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM MIE. RELATA FAZER USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO FRAUMA, AFIRMANDO QUE O CHOQUE FOI SOMENTE EM SUA PERNA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. AO EXAME AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES EXCETO FERIMENTOS CORTOCONTUSOS EM PERNA DIREITA ASSOCIADO A DOR INTENSA E LIMITAÇÃO DE ADM. NEUROVASCULAR PRESERVADO. PRESENÇA DE FERIMENTOS PROFUNDOS EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA. AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES GROSSEIRAS. NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO:



DIAGNÓSTICO:



UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727



Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381
Mãe: MARTA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019
Prontuário: 00282747
Nº Atendimento: 01291204
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

Conduta:

- 1- SOLICITO RX
- 2- ANALGESIA
- 3- REAVALIAÇÃO APOS RX

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dra. Audrey Vasconcelos
Cepid. Médica
CRM: 117927

RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381

Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995

Mãe: MARTA DA SILVA LIMA

Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019

Prontuário: 00282747

Nº Atendimento: 01291204

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX COM SINAIS DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

- CD:
1- ALGESIA
2- CURATIVOS
3- TALA COXO-PODALICA
4- TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE REFERENCIA EM CARATER DE URGÊNCIA

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. André Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11727

RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO Idade: 23a 8m Nascimento: 13/08/1995
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-94566381
Mãe: MARTA DA SILVA LIMA Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019
Prontuário: 00282747
Nº Atendimento: 01291204
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: TERÇA-FEIRA, 16 DE ABRIL DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS HÁ 1 HORA EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, APÓS TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM MJE. RELATA FAZER USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO FRAUMA, AFIRMANDO QUE O CHOQUE FOI SOMENTE EM SUA PERNA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. AO EXAME AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES EXCETO FERIMENTOS CORTOCONTUSOS EM PERNA DIREITA ASSOCIADO A DOR INTENSA E LIMITAÇÃO DE ADM. NEUROVASCULAR PRESERVADO. PRESENÇA DE FERIMENTOS PROFUNDOS EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA. AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES GROSSEIRAS. NEGA ALERGIAS.

EVOLUÇÃO:

RX COM SINAIS DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

CD:

1- ALGESIA

2- CURATIVOS

3- TALA COXO-PODALICA

4- TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE REFERENCIA EM CARATER DE URGÊNCIA, em: 16/04/19 20:48

UPA24h
CAXANGÁ
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11987

MÉDICO: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 282747-OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO
Idade: 23a 8m
Nascimento: 13/08/1995
Contatos: / 81-94566381

Mãe: MARTA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA VILA ARITANA, 120 - GUABIRABA - RECIFE/ PE - CEP: 52291690

Data do Atendimento: 16/04/2019

Prontuário: 00282747

Nº Atendimento: 01291204

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

CD:
1- ANAGESIA
2- CURATIVOS
3- TALA COXO-PODALICA
4- TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE REFERENCIA EM CARATER DE URGÊNCIA.



MÉDICO: RAFAEL BAIA CRM: Nº 25113
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-04-16 19:03:11

	Nome Paciente:	OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	282747
	Data de Nascimento:	13/08/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23
	Senha:	OR0065
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1291204 
SAME:		

Período: 2019-04-16 19:03:11 - 2019-04-16 19:20:24

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIROS N.O= 1244052,DANDO ENTRADA NA SALA AMARELA COM MACA S/N E PRANCHA S/N COM RELATO DE DOR EM MIE + CORTE CONTUSO S/ SANGRAMENTO NO MOMENTO APOS TRAUMA HOJE (COLISAO CARRO MOTO), EM USO DE CAPACETE

Observação: HAS-
DM-
ALERGIA-
** PACIENTE DIRETO NA AMARELA NAO AFERIDO SSV **

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: DIANA DUARTE COSTA - COREN: 467358 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-04-29 13:58:12



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Prontuário: 01116976

Data de Nascimento: 13/08/1995

Idade: 23a 9m 7d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

S82.1

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIOS-X

Observação:

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTOCICLETA), COM TRAUMA EM MIE EM 17/04/19.
HD: FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA + FRATURA FECHADA DE ESPINHA TIBIAL ESQUERDA.
CIRURGIA: LMC + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO.
PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL. DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA. EM USO DE TALA GESSADA COXOPODÁLICA.
EXAME FÍSICO; EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBL AO TOQUE; NVC: PRESERVADO; FO: SEM SINAIS FLOGÍSTICOS;

Dr. Maurício César
Médico
CRM-PE: 27559

Recife, 20 DE MAIO DE 2019

MAURÍCIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 9.178.403

13/08/2011

<< OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO >>

<< ERONILDO JOAQUIM DO NASCIMENTO >>

<< MARTA DASILVA LIMA >>

RECIFE - PE

13/08/1995

13/08/1995

110405454-08

Assessoria da Prefeitura Municipal de Recife

LEI Nº 7.110 DE 20/08/03

CARTEIRA DE IDENTIDADE

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

RECIFE - PE

13/08/1995

110405454-08

Assessoria da Prefeitura Municipal de Recife

LEI Nº 7.110 DE 20/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6002127 SDS PE

CPE
046.940.574-05

DATA NASCIMENTO
28/10/1984

FILIAÇÃO
MARCOS JOSE FERREIRA
DA SILVA
TEREZINHA DE JESUS
MACEDO SIQUEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
03322669175

VALIDADE
19/09/2021

1ª HABILITAÇÃO
06/07/2004

1302138018

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROIBIDO PLASTIFICAR

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
20/09/2016

Assinatura do Emissor

42451490605
PE074758993

DETRAN - PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Jovane goa quin de nascimento		
Data do Acidente:	CPF da vítima:		
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:
Identidade:
Assinatura:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovações (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	13/11/19
Nome:	Raphaelle E.
Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651976 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 1/2/3/4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651976 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 1/2/3/4

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO ESPECÍFICA PARA SEGURO DPVAT

Nome: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
CPF 110.405.454-08 RG: 9178403 Órgão Expedidor: SSB - PE
Profissão: CHAPEIRO Fone: _____
Endereço residencial: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

O outorgante, acima qualificado, nomeia e constitui procurador o senhor:
MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA, Brasileiro, solteiro, Estudante, RG: 6002127, Órgão Expedidor SDS-PE e CPF: 046.940.574-05, Residente à Rua 75, nº 36, Maranguape Um, Paulista, Pernambuco;

Outorgando-lhe os poderes para representar o outorgante acima citado, especificamente nas repartições públicas e privadas tais como:

- Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco (PMPE, CBMPE), com o intuito de solicitar e receber cópia de Boletim de Ocorrência Militar e ficha de Atendimento Pré Hospitalar;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Sede e Região Metropolitana do Recife com o objetivo de solicitar e receber Ficha de Atendimento Pré Hospitalar;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais públicos e privados, como (HMA, HR, HDE, HPS) entre outros, no intuito de solicitar e receber cópias de prontuários médicos;
- Mais os especiais de acordar, discordar, transigir, renunciar, desistir, receber e dar quitação, praticar, enfim, todos os atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, representando o outorgante em instituições que participam do consórcio do seguro Dpvat, (Reguladoras e Seguradoras) poderes, estes, para a finalidade específica de entrada do seguro DPVAT.



_____, _____ de _____ de _____
OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
assinatura do OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411129/19

Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

CPF: 110.405.454-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2019

Titular do CPF: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA : 046.940.574-05

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

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO : 110.405.454-08

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 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: 22/11/2019
Nome: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
CPF: 046.940.574-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651976

Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190651976 Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651976

Vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003205-0

Conta: 0000020568-0

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, 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.

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: 110.405.454.08 4 - Nome completo da vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO 6 - CPF: 110.405.454.08
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Prata 9 - Número: 242 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Guabiruba 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.291-092
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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\$1.000,00 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)

AGÊNCIA: 205 0 CONTA: 20568 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 cliente, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 13 de novembro de 2019

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
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) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190/651976 3 - CPF da vítima: 110.405.454.08 4 - Nome completo da vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO 6 - CPF: 110.405.454.08
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Prata 9 - Número: 292 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cenabitaba 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52291-092
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: 3205 0 CONTA: 20568 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Recife, 13 de novembro de 2019

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA - DP18ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0108002495**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **11:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/4/2019** às **18:09**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DA RECUPERAÇÃO, 1** - Bairro: **CORREGO DO JENIPAPO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
TONI (OUTRO)
OTÁVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): TONI

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

OTÁVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARTA DA SILVA LIMA** Pai: **ERONILDO JOAQUIM DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **13/8/1995** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9178403/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- **983267425**
- **988707641**

Endereço Residencial: **RUA DA PRATA, 242 - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DA GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **AVENIDA NORTE, 1, BREGOSO BURG - CEP: 55000-000 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

Endereço Residencial: **RUA CORREGO JOSE IDALINO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DA GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TONI**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TONI**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFB2340** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/VW/POLO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE ESTAVA indo ao trabalho na garupa de um mototaxista de nome TONI, QUE SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM O AUTOMOVELO POLO DE COR PRETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA E A MOTOCICLETA BROZ DE COR LARANJA PLACA PFB-2340, NA AV. DA RECUPERAÇÃO S/N, CORREGO DO GENIPAPO RECIFE-PE, NO QUAL FORA VITIMADO O SRº OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO, ATENDIDO PELA UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR, COMANDADA PELO SD 7110642 ARAUJO. FOI TRANSPORTADO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA CAXANGÁ, REGISTRADO COM O PRONTUÁRIO Nº 1291204, COM RELATO DE DOR EM MIE + CORTE CONTUSO S / SANGRAMENTO NO MOMENTO APÓS TRAUMA EM PERNA ESQUERDA, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO BARBOSA DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221565-9**



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: 110.405.454.08 4 - Nome completo da vítima: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO 6 - CPF: 110.405.454.08
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Prata 9 - Número: 242 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Guabiruba 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.291-092
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

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\$1.000,00 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)

AGÊNCIA: 205 0 CONTA: 20568 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 cliente, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 13 de novembro de 2019

OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000672 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). ERONILDO JOAQUIM DO NASCIMENTO, 47 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 3821370 SSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 847.714.544-00, residente à RUA PRATA , nº 242, , GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/04/2019, por volta das 18:09 hs, no endereço: AV. DA RECUPERAÇÃO, S/N, CORREGO DO GENIPAPO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVEL POLO PRETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA ; MOTOCICLETA BROZ LARANJA PFB2340-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 110.405.454-08 e Registro Geral ° 9178403, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 7110642 ARAUJO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1291204. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 17/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000672

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03205-0

CONTA: 000000020568-0

Nr. Autenticação

BRADESCO10122019050000000002370320500000002056884375 PAGO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
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

ERONILDO JOAQUIM DO NASCIMENTO
CPF: 847.714.454-00

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

63,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
12/11/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
084456419

CONTA CONTRATO

000066013014

Nº DO CLIENTE
2000634200Nº DA INSTALAÇÃO
0002946868

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PRATA 242

GUABIRABA/RECIFE
52291-092 RECIFE 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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6394.CEB4.E711.31ED.450E.3258.9E15.06B2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	66,00	0,78666762	51,92
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,87
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 076701800-10/09/19			0,62
Multa por atraso-NF 076701800 - 10/09/19			1,42
Multa por atraso-NF 034913865 - 11/10/18			0,86
Juros por atraso-NF 076701800 - 10/09/19			0,09
Juros por atraso-NF 034913865 - 11/10/18			4,84
Atualização IGPM-NF 034913865 - 11/10/18			1,14
TOTAL DA FATURA			63,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
54,26	25,00	13,56	54,26	0,92	0,49	54,26	4,25	2,30

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	9,54933608		kWh
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	16,62 34,32	NOV 19	66
Transmissão	1,85 3,41	OUT 19	66
Distribuição (Celpe)	11,26 20,75	SET 19	85
Encargos Setoriais	2,64 4,87	AGO 19	72
Tributos	16,35 30,13	JUL 19	72
Perdas de Energia	3,54 6,52	JUN 19	62
TOTAL	54,26 100	MAI 19	30
		ABR 19	0
		MAR 19	30
		FEV 19	80
		JAN 19	52
		DEZ 18	64
		NOV 18	74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
M00381	CAT	11/10/2019	7.505,00	12/11/2019	7.571,00	32	66,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 0,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 19,69					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia valdir: rua santa tereza passarinho / t. j. de albuquerque ferreira: corrego jose idalino brejo da guabirabaLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
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.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000066013014	11/2019	63,23	10/12/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000001 632300110002 066013014105 143253047730



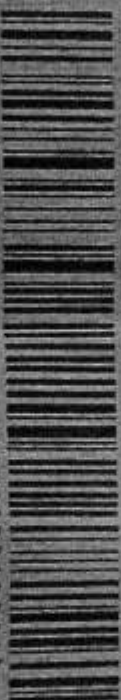
SQ: 959.313.123
DESTINATARIO

10/04/2019

229700



CTC RECIFE PE PL2
MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
SETENTA E CINCO C 036
MARANGUAPE I
53441-040 PAULISTA PE



7213099639668630000022970030100419



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO Pessoa Física - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 31 39 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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, ANUÍTA, 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.840.574-05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.405.454-09
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima OTAVIO JOAQUIM DO NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.405.454-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.
☒ Recusa 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 75</u>	Número: <u>36</u>	Complemento: <u>CSA</u>
Bairro: <u>MONTEGUAPE UM</u>	Cidade: <u>Pouista</u>	Estado: <u>PE</u>
Cep: <u>53.441-040</u>	Tel. (DDD): <u>81.99669-4991</u>	

Local e Data: Pouista - 20/11/2019

Marcos Leonardo de Siqueira Ferreira
Assinatura do Declarante