

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200127399 Data da solicitação: 13/04/2020
Nome do beneficiário: Alberto Barbosa da Silva CPF do beneficiário: 046.445.644-63
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9700-1998 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO ☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: _____

[DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Surubim, 13 de Abril de 2020.
Local e Data

Alberto Barbosa da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue ao mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa da sua família, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a rogo).

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802833144
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDB RENAVAM 937873926 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
J H ELETRO LTDA EPP

SURUBIM-PE

CPF / CNPJ
41.088.436/0001-61

PLACA
KLF8680

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KD03208R004302

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL.
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

1* *****
2* *****
3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
90.11

IOF (R\$)
0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
28/02/19

SIM RESERVA

DETRAN - PE
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SURUBIM

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLES
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA
01/03/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802833144 BILHETE DE SEGURO DPVAT

J H ELETRO LTDA EPP

RUA 15 DE NOVENBRO 50

55750-0

CS CENTRO SURUBIM-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/03/19

VIA 1 CDB RENAVAM 937873926 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

PLACA
KLF8680

RENAVAM
937873926

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2007

CAT. TARE 09

Nº CHASSI
9C2KD03208R004302

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRB (R\$)
36.05

DENATRAN (R\$)
4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

IOF (R\$)
0.32

TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)
84.58

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
28/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.





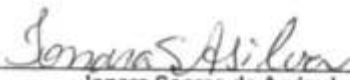
- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Alberto Barbosa da Silva** nascido no dia 06/10/1980, filho da Sra. **Jaci Francisca Gomes da Silva** e do Sr. **Abel Barbosa da Silva**, residente na Rua Vereador Piancó da Silva Filho, nº 44 - bairro Chã do Marinheiro nesta Cidade. Solicitou no dia 26/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 19/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM – 28576.

Surubim, 26 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA**Cor/Raça:** PARDO**Nº OCORRÊNCIA:** 00103953

Portuário: 48953 **CNS:**
Nome: ALBERTO BARBOSA DA SILVA
End.: VERIADOR PIANCO DA SILVA FILHO **Nº:** 44
Idade: SURUBIM
Mãe: JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA
Profissão:

Idade: 39 Anos 2 Meses 13 Dias **Sexo:** MASCULINO
Nascimento: 06/10/1980 **Est.Civil:**
Bairro: CHÃ DO MARINHEIRO **CEP:** 55750000
Nac.: BRASILEIRA **Doc nº:** 46.416.644-63
Pai: ABEL BARBOSA DA SILVA
Responsável: **Tel.:** 81 96550682

Últimas Ocorrências:**Data:** **Hora:** **Nº Ocorrência:** **Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**

19/12/2019 10:08 103953 ACIDENTE

18/05/2019 06:48 68436 TRIAGEM

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Paciente BEF, vítima de acidente de moto x caminhão 1515, responsável espontâneo. Com dor e rigidez cervical direita. Sem sinais de alarme.

TRATAMENTO:

- 1) S.R.L. 500mg E.V.
- 2) Paracetamol 1000mg E.V.
- 3) Paracetamol 1000mg E.V.
- 4) Rx cervical, Torax, Abd.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx cervical, Torax, Abd.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**CID:****MOTIVO DA SAÍDA:**RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐**JUSTIFICATIVA:****ENCAMINHADO:****REMOVIDO:****ÓBITO:**

às _____ h _____ m. do dia _____

DATA SAÍDA:**HORA SAÍDA:****DATA:** 19/12/2019 10:08:31

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN**CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:**

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Hugo Sávio V. de Almeida
CRM: 26576

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS

11.05.

Paciente com fratura de clavícula direita, em 2.º grau de Alarç. Prov. fr. de corpo metálico L5.

① Encaminhado ao ortopedista.

Hugo César V. da Almeida
CRM-PE: 26576

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o **Sr. ALBERTO BARBOSA DA SILVA**, 39 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 19 de dezembro de 2019 que resultou em fratura do terço médio da clavícula direita, contusão na hemipelve direita e escoriações leves pelo corpo. Encontra-se em tratamento ortopédico, com imobilização.

CID 10: S 42.0

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CRM: 11695 / PE

Surubim, 19 de dezembro de 2019

19:05:31

11/11/11
11/11/11
11/11/11

11/11/11



Scanned with
CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CONDIÇÃO DE TITULO DE IDENTIDADE

1421884961
VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1421884961
PROIBIDO PLASTIFICAR

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

4810389 SSP PE

945.234.444-04 **26/07/1974**

JOSE GOMES DE MOURA

**ISMARTE FERRIRA DE NO
URA**

02378605879 **22/04/2022** **17/06/2002**

PERNAMBUCO

10/04/2017

53286755006
PE078665272

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu, Adriana M. Moura de F. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alberto Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.416.644 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alberto Barbosa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.416.644 / 63, 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 João Batista</u>		Número	<u>370</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Surubim</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email	_____		Telefone comercial(DDD)	<u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD)	<u>81-98129-8649</u>

Surubim, 20 de Março de 2020
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



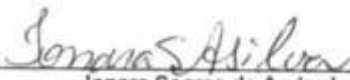
- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Alberto Barbosa da Silva** nascido no dia 06/10/1980, filho da Sra. **Jaci Francisca Gomes da Silva** e do Sr. **Abel Barbosa da Silva**, residente na Rua Vereador Piancó da Silva Filho, nº 44 - bairro Chã do Marinheiro nesta Cidade. Solicitou no dia 26/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico.

Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 19/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM – 28576.

Surubim, 26 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00103953

Portuário: 48953 CNS:
Nome: ALBERTO BARBOSA DA SILVA
End.: VERIADOR PIANCO DA SILVA FILHO Nº: 44
Idade: SURUBIM
Mãe: JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA
Profissão:

Idade: 39 Anos 2 Meses 13 Dias
Nascimento: 06/10/1980
Bairro: CHÃ DO MARINHEIRO
Nac.: BRASILEIRA
Pai: ABEL BARBOSA DA SILVA
Responsável:
Sexo: MASCULINO
Est.Civil:
CEP: 55750000
Doc nº: 46.416.644-63
Tel.: 81 96550682

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

19/12/2019 10:08 103953 ACIDENTE

18/05/2019 06:48 68436 TRIAGEM

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

- Paciente BEB, vítima de acidente de moto x caminhão 1515, responsável espontâneo. Com dor e rigidez cervical direita. Sem sinais de alarme.

TRATAMENTO:

- 1) S.R.L. 500 2 EV
- 2) Trocar 100 2 EV
- 3) Plavix 100 2 EV
- 4) Rx cervical, Torax, Abd.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx cervical, Torax, Abd.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

☐ CURATIVO☐ NEBULIZAÇÃO☐ BÁSICO☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:☐ URGÊNCIA BÁSICA☐ OBS. BÁSICA☐ URG. ESPECIALIZADA☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Hugo Sávio V. de Almeida
CRM: 26576

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS

DATA: 19/12/2019 10:08:31

11.05.

Paciente com fratura de clavícula direita, com 2.25 de alongamento. Ex. de corpo natural L5.

① Encaixe o original.

Hugo Silva
CRM-PE: 26576

ATENDIMENTO: RUA MARIO ESTAN SLAU - MUN. - 01005 - SAO JERES
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE

MARIA ALBERTINA DE ARAUJO

AV. VIL. JOSE PIANCO SILVA, N. 20044 - CHA DO MARINHEIRO SURUBIM

PE 55750-000

INSCRIÇÃO: 14.720.500.3020.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMATICO: 0.452.4183

MATRICULA: 24524183

Out: 2019

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A130118147	DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 06/11/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 229

LEIT ATU:

LEIT FAT: 239

CONSUMO: 6

TAXA MINIMA

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGIS
TURBIDEZ	60	63	62
COR APARENTE	60	63	35
CLORO RESIDUAL	60	63	63
COLIF. TOTAIS	60	63	53
E. COLI	60	63	63

MÉDIA: 06

Qualidade de Água: www.campesa.com.br

OBS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO 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)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	44,38
JUROS DE MORA 07/2019		0,13

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IB	44,08	1,65	0,73
ISSM	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,27

MENSALE:



EMANUEL COMPLEMENTOS
AV. SÃO SEBASTIÃO
SÃO SEBASTIÃO/SURUBIM

Phorbus: 19/11/2019 15:49
V11.7.3
PA: 202-821510 SEQ: 00155

COMPESA	VAL. PG.: R\$	44,27
---------	---------------	-------

8280000-00044278018145
8245241858118281978003

DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

CELPE SERVICOS
SOLICAO DE PAGAMENTO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, 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 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CENTRO/SURUBIM

SURUBIM PE

55750-000

DATA NOTA FISCAL	DATA	CONDIÇÃO
08/12/2019	UNICA	07/01/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CONTRATO	Nº DO SUBSIDIÁRIO
07/01/2020	2011186008	3753008

DATA CONTADOR	DATA
7005749888	01/2020
14/03/2020	04/02/2020
83,80	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(kWh)-TUSD	88,0000000	0,42658162	42,22
Consumo Abvo(kWh)-TE	99,0000000	0,35875625	35,51
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,49
ICMS Subvenção-CDE-NF 070728887-07/10/19			0,70

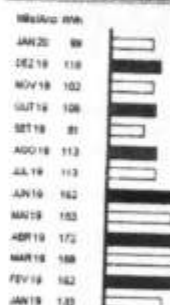
TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

83,80

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
IC37914	CA1	09-12-2019	26 457,30	07-01-2020	26 554,38	29	1,38000		99,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



IMPOSTAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	79,81	26,50
PIS	79,81	0,80
COPIS	79,81	4,16

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,52	31,67%
Transmissão	2,36	2,80%
Distribuição (Cabo)	17,37	20,82%
Perdas de Energia	6,47	7,72%
Energia Setorial	4,38	5,22%
Tributos	23,31	27,80%
Total	79,81	100%

Consumo Abvo(kWh)-TUSD	0,2853800
Consumo Abvo(kWh)-TE	0,2604600

RECORRIDO AO TUCOS

AND2 B1E7 A357 B373 FCCC B0B8 081A 0642

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no cartão de crédito ou em dinheiro até o dia 10 de fevereiro de 2020. Após esse prazo, a fatura será considerada em atraso e a cobrança será feita com juros e multa. O cliente deve manter a fatura em vigor até o dia 10 de fevereiro de 2020. O cliente deve manter a fatura em vigor até o dia 10 de fevereiro de 2020. O cliente deve manter a fatura em vigor até o dia 10 de fevereiro de 2020.

Ao receber esta fatura, o cliente declara que a mesma foi entregue em mãos e que o valor pago é o devido. O cliente declara que não possui nenhuma pendência com a CELPE e que não possui nenhuma pendência com a CELPE.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES					TENSÃO DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APURADO	VALOR NORMAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL	TENSÃO NORMAL (V)	VALOR	VALOR
SURUBIM	0,00	0,00	11,16	22,22	220	202	231
PE	0,00	0,00	6,72	13,44			
CEPE	0,00	0,00	0,00	0,00			

Limite DCE 12,22 SURUBIM - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 28,13

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: 046.416.644-63 4 - Nome completo da vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALBERTO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 046.416.644-63
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA 9 - Número: 44 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SUPUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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: INTER
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 37191837

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) ☐ 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 (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 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, SUPUBIM 03 DE JANEIRO 2020

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 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0206000041**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/01/2020** às **08:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/12/2019** às **09:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TATUS, PRÓXIMO A ASSEMBLÉIA DE DEUS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
J H ELETRO LTDA EPP (OUTRO)
ALBERTO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO BARBOSA DA SILVA**
REINO ANIMAL: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA** Pai: **ABEL BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **6/10/1980** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6118613/SSP/PE (RG), 04641664463 (CPF), 02165594516 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 81982351656**

Endereço Residencial: **AVENIDA VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA FILHO, 44 - CEP: 0 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

J H ELETRO LTDA EPP - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **J H ELETRO LTDA EPP**, que estava em posse do(a) Sr(a):

ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLF8680** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **937873926** Chassi: **9C2KD03208R004302**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

ANIMAL BOVINO (REINO ANIMAL) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **DESCONHECIDO**

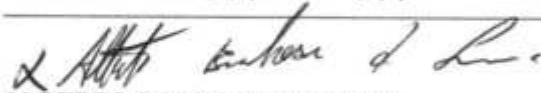
Categoria/Marca/Modelo: **BOVINO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL. DE SURUBIM-PE O SRº ALBERTO BARBOSA DA SILVA, INFORMANDO QUE NO DIA 19/12/2019 POR VOLTA DAS 09:30 HORAS SE ENCONTRAVA NO SÍTIO TATUS, NESTE MUNICÍPIO, A SERVIÇO DA EMPRESA J H ELETRO LTDA EPP, O QUAL TRANSITAVA EM UMA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM COM A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA E EM UM DADO MOMENTO SURTIU UM ANIMAL BOVINO DE PEQUENO PORTE, DE PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO, O QUAL SAIU DE UMA CERCA DE AVELOZ INDO PARA O MEIO DA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM, QUE A VÍTIMA AINDA TENTOU EVITAR O ACIDENTE MAS NÃO FOI POSSÍVEL E ATROPELOU O REFERIDO ANIMAL QUE NÃO MORREU E O SRº ALBERTO BARBOSA DA SILVA TEVE FRATURA NA CRÁVICULA DO LADO DIREITO. ADIANTA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE HOSPITALAR UP, DESTA CIDADE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E ENCAMINHADO PELO MÉDICO PLANTONISTA PARA A CLÍNICA ROBERTO MATEUS PARA UM MELHOR ATENDIMENTO. NADA MAIS A REGISTRAR.

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



ALBERTO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**



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: 046.416.644-63 4 - Nome completo da vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALBERTO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 046.416.644-63
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA 9 - Número: 44 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SUPUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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: ☒ RECURSO 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: INTER
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 37191837

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) ☐ 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 (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 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, SUPUBIM 03 DE JANEIRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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 dos ombros
25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000003719183-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

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: 07/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000003719183-7

Nr. da Autenticação ECF325175AB805FA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA : 046.416.644-63

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: 23/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Número do Sinistro: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 14/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ALBERTO BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6118613 SSP/PE CPF: 046.416.644-63
DATA DO ACIDENTE: 19/12/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: ALBERTO BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: AV VERDEADOR JOSE PIANCO DA SILVA FILHO, Nº 44, CHA DO MARINHEIRO, SURUBIM - PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 20 DE DEZEMBRO 2019



Alberto Barbosa da Silva

INATURA DO OUTORGANTE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10, Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3634-1413 E-mail: cartorio2019surubim.creuzas@gmail.com
Cruzeta Maria Silva de Lima - Tabelião Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: ALBERTO BARBOSA DA SILVA, Dou fe, Surubim, 20/12/2019 Em Testemunho da verdade, Cruzeta Maria Silva de Lima - Tabelião Pública, Valido Somente como Selo de Autenticidade, R\$ 4,91. Tabela Pública. Valido Somente como Selo de Autenticidade, R\$ 4,91.

Selo: 0073214.MJC11201901.01558 20/12/2019 11:56:21
Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validadigital



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127399 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 19/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA P.02/03/04/
IMAGEM P.05

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**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 dos ombros	25 %	Em grau completo - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA : 046.416.644-63

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: 23/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA