

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: CICERO JOAQUIM CAETANO
Nº Sinistro: 3180339759
Vitima: CICERO JOAQUIM CAETANO
Data do Acidente: 16/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180339759**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO JOAQUIM CAETANO**

Nº Sinistro: **3180339759**

Vitima: **CICERO JOAQUIM CAETANO**

Data do Acidente: **16/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339759**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13144356



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO JOAQUIM CAETANO**

Nº Sinistro: **3180339759**
Vitima: **CICERO JOAQUIM CAETANO**
Data do Acidente: **16/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180339759**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 535.483.514-20	Nome completo da vítima RICARDO JOAQUIM RAETANO
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RICARDO JOAQUIM RAETANO		CPF titular da conta 535.483.514-20		Profissão PORTEIRO
Endereço RUA JOSÉ RIBEIRO ALVES		Número 27	Complemento	
Bairro Viz. São DAS GRAÇAS	Cidade GRAVATA	Estado PE	CEP 55641-774	
Email ELICIO322@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 51 33291-8725	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

- ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD 0943 (Informar dígito se existir)	D/V 1	CONTA NRD 34436 (Informar dígito se existir)	D/V 1
--	-----------------	---	-----------------

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRD	
AGÊNCIA NRD		D/V	CONTA NRD
D/V		D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GRAVATA/PE, 21 de maio de 2013
Local e Data

ARUANA SEGUROS
24 JUL 2013


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS
24 JUL 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152001765**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2018** às **16:04**

Complementa o BO Número: **18E0152001760**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/3/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, VIA LOCAL - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CÍCERO JOAQUIM CAETANO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CÍCERO JOAQUIM CAETANO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL JOAQUIM CAETANO** Data de Nascimento: **5/12/1961** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 27, COABH 1, RUA JOSE RIBEIRO ALVES NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGA7227** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

ARUANA SEGUROS
24 JUL 2018

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

Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/MITSUBISHI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SENHOR CÍCERO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DESTE MUNICÍPIO, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, QUANDO UM ELEMENTO DESCONHECIDO QUE TRANSITAVA PELA BR232, ADENTROU A VIA LOCAL SEM SINALIZAR E BATEU NA VITIMA, VINDO ELE A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, ONDE OBTVEU O DEVIDO ATENDIMENTO MÉDICO. TENDO SOFRIDO TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO (CID 5526).

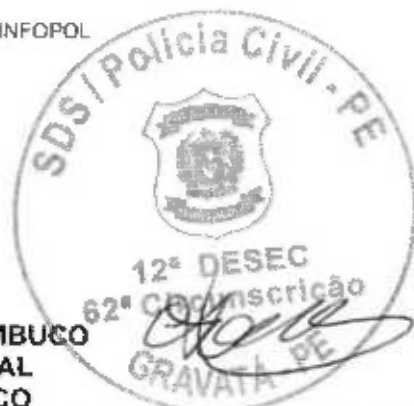
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



CÍCERO JOAQUIM CAETANO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**

2018/04/26 15:49



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152001760**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2018** às **14:56**

Complementado pelo BO Número: **18E0152001765**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/3/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, VIA LOCAL -**
Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CÍCERO JOAQUIM CAETANO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

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

CÍCERO JOAQUIM CAETANO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MANOEL JOAQUIM CAETANO Data de Nascimento: 5/12/1961 Naturalidade: GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 27, COABH 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGA7227 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

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

ELEMENTO DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/MITSUBISHI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

Complemento / Observação

Andreson O. de S. Lins



Agente de Polícia

O SENHOR CÍCERO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DESTE MUNICÍPIO, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, QUANDO UM ELEMENTO DESCONHECIDO QUE TRANSITAVA PELA BR232, ADENTROU A VIA LOCAL SEM SINALIZAR E BATEU NA VITIMA, VINDO ELE A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, ONDE OBTVEU O DEVIDO ATENDIMENTO MÉDICO. TENDO SOFRIDO TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO (CID 5526).

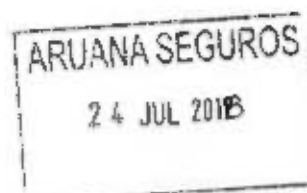
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

CÍCERO JOAQUIM CAETANO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MILKANE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**




Anderson O. de S. Lins
Agente de Polícia
Mat. 221.430-3



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EICERO JOAQUIM EACIANO

CPF da Vítima

SBS. 483.514-20

Data do Acidente

16/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

GRAVATA 13 de JULHO de 2018

Local e Data

Elcio F. M. Coelho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:

PACIENTE: RICARDO JOAQUIM CAETANO

GENITORA: IRENE M. DA CONCEICAO

DATA DE NASCIMENTO: 05/10/61 IDADE: 4

ENDEREÇO: R. JOSÉ RIBEIRO ALVES

BAIRRO:

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 10/03/88

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 12:25

CNS:

TELEFONE:

SEXO: M

COR: P

Nº:

UF:

CEP:

ACOMPANHANTE: FILHO/DANIEL - SAUIC

HDA

EXAME FÍSICO

ARUANA SEGUROS
13 SET 2010

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
25/04/13

EXAMES SOLICITADOS

HD

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 29266

CID

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.	/		

1) Tórax: 100% + 10% 5/7/94
2) Pulmão: 0%
3) Coração: 10%
4) Fígado: 10%
5) Rim: 10%
6) Glândula: 10%
7) Alim: 10%
8) S.O.: 10%
9) M. urinário: 10%

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25286

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25286

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25286

HORA:

DATA

ALTA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS

13 SET 2018

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO(S)



Prefeitura de
GRAVATÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 12 de abril de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **CÍCERO JOAQUIM CAETANO** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 16 de março de 2018, às 11h56min, vítima de trauma por acidente motociclistico, sito à BR 232, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

COUELINE AUGUSTA

Coordenadora Geral

COEEN 103.74

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá

ARUANA SEGUROS

13 SET 2018

Endereço: Rua XV de Novembro, 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá - PE

CNP: 55.642-550 Fone/Fax: (81) 3563-9024/9025.

CNPJ: 10.710.822/0001-10

saude@prefeituradegravata.pe.gov.br

www.prefeituradegravata.pe.gov.br

COTA ÚNICA OU 1ª PARCELA - IPVA		AUTENTICAÇÃO	
1 - ATENÇÃO Antes de pagar este boleto de licenciamento CONFIRA PLACA E NOME.		EM CASO DE ATRASO DO PAGAMENTO, EMITIR NOVA GUIA PELA INTERNET www.detran.pe.gov.br Teleatendimento DETRAN - 3453.1514 OUVIDORIA DETRAN - 3184.8249 TELESEFAZ / IPVA - 0800 285 1244 www.sefaz.pe.gov.br	
2 - PORTADOR DE DEFICIÊNCIA ISENTO DE IPVA EM 2016 Caso esteja coberto de IPVA, dirija-se à SEFAZ, até o vencimento, para requerer o benefício da isenção do IPVA.			
3 - ENTREGA DO CRLV Após o pagamento de todos os débitos, será enviado o CRLV, via Correios, no prazo máximo de 30 dias, concluído sobre o Licenciamento 2016.			
4 - PORTE OBRIGATÓRIO DO CRLV (RES.205/2006) O porte do CRLV 2016 será obrigatório após as datas abaixo, de acordo com as denominações das placas (PORTARIA DP 7343/2015): 1, 2, 3 e 4 - 30 de junho 5, 6, 7 - 28 de julho 8, 9, 0 - 31 de agosto Se não receber o CRLV 2016, agenda o serviço no site do DETRAN-PE www.detran.pe.gov.br para qualquer um dos pontos de atendimento, até os prazos acima, e compareça na data agendada, munido de comprovante de endereço atualizado DOS ÚLTIMOS 3 MESES e de CÓPIA do documento de identificação.		3ª COTA IPVA 116025004190242707 2ª COTA IPVA 116025004189242782 1ª COTA IPVA 116025004188242738 ÚNICA IPVA 116025004187242793 CRLV, TRÁNSITO DE PERNAMBUCO 216025004185242719 ÚNICA DPVAT ANTERIOR ÚNICA DPVAT 00049089798790211617 IPVA 2016 EM COTA ÚNICA COM 5% DE DESCONTO Emitir o boleto no site do Detran-PE www.detran.pe.gov.br ou nos pontos de atendimento DPVAT 2016 *Parcelamento disponível para valores a partir de R\$ 210,00 Emitir os boletos no site: atendimento.dpvatsegurodosantao.com.br ou ligar para 0800 701 3421	
2ª parcela - IPVA		3ª parcela - IPVA	
AUTENTICAÇÃO		AUTENTICAÇÃO	

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DAS CIDADES SECRETARIA DA FAZENDA DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO			
Boleto de Pagamento de Licenciamento 2016 Veículos Usados		Carta 9912322245 - DP/PE/PE DETRAN-PE CORREIOS	
 CICERO JOAQUIM CAETANO RUA JOSE RIBEIRO ALVES 27 CASA NOSSA SENHORA D 55641-774 GRAVATA PE PGA7227 HONDA/BIZ 125 ES		Data Pagamen 19/02/2016	

ARUANA SEGUROS
 24 JUL 2016

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PLS

DATA DE POSTAGEM: 15/06/2018

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO
DO PRADO 85
PRADO
55642-150 GRAVATA PE



7211307021085544800973842830150018

ARUANA SEGUROS
24 JUL 2018

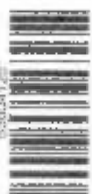
CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL5 DATA DE POSTAGEM: 17/06/2018

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO
DO PRADO 85
PRADO
55642-150 GRAVATA PE



7211307001003434801124864530170818

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018

CCB - 000000000

PARA USO DOS CORREIOS

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 01-Mudança | ☐ 05-Desconhecido | ☐ 10-Objeto Danificado |
| ☐ 02-Endereço Insuficiente | ☐ 06-Retornado | ☐ 11-End. Desconhecido na Localidade |
| ☐ 03-Não Existe Nº Indicado | ☐ 07-Ausente | ☐ 12-Falta Complemento (Cidade/IGU) |
| ☐ 04-Falado | ☐ 08-Não Procurado | ☐ 13-Caixa Postal Cancelada |

Reintegrado ao Serviço Postal em:

Rubrica do Responsável:

Assinatura:

REMETENTE

CAIXA ECONOMICA FEDERAL - SIAP
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA CEDO
585 QUADRA 4
4 CEPVA
70878-140

ASA SUL
BRASILIA

004318

DF



MISTO
Papel produzido a partir
de fontes responsáveis
FSC® C002688

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29634>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLOS ELECIO DE SOUSA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.693.994/92 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RICARDO JOAQUIM CABRANO inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOEZ da Vítima RICARDO JOAQUIM CABRANO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 1.700,00 e apresento os documentos comprobatórios: OAB/PE

☐ 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 DO PRADO</u>		Número <u>85</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-150</u>
Email <u>ELECIO322@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(21) 99291-8785</u>

GRAVATA, 13 de JULHO de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
24 JUL 2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 CARLOS ELÍCIO DE SOUSA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.633.334-792 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CICERO JOAQUIM CASTANO inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514-720 do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima CICERO JOAQUIM CASTANO inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514-720, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

OAB e DECLARAÇÃO IR.

☐ 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 DO PRADO</u>		Número <u>85</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Cidade <u>GRAVATA</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>95642-150</u>
Email <u>elicio322@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(51) 99231-3785</u>

GRAVATA, 23 de AGOSTO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 087.693.994-92	Nome do declarante CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO	Telefone
Endereço RUA DO PRADO	Número 85	Complemento
Bairro/Distrito PRADO	CEP 55642-150	Município GRAVATA
		UF PE

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais) 24.000,00
IMPOSTO DEVIDO	0,00
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	0,00
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 28/08/2018 às 11:24:40
1803873593

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018



Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

Секретарь Коллегии Секретари

Lauda unicus

Peugeot portavelle de / natura

PUNTO Ejemplo cid 5.526

por acidente de trânsito.

Realizado 774 trabalhos Conferentes

ecc. Apollonia Jacobi

Atk me 24

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izakino Porgy, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3563-9024/9025 - e-mail: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

25/04/10

Dr. Alexandre Bazzano
Internista - Ortopedista
Cel: 6704 - 1807 1245

CMO3D

2º SERVIÇO DE NOTAS E PROTESTOS / GRAVATA - PD

R. Jaramallu, r.j. Campo-Gonzalez PE-CHP 5544-200, Papeles 161.3533.6223, carismw@uhsj.com

Autenticacao de Documento.

Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.

10/10/10

Custas R\$ 3,4

Priscila Duarte do Nascimento Silva-Subs. TSHR	R\$ 0,85
--	----------

Total R\$ 4.0

Selo Digital H.0073643.00K07201801.01.663

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Op: RONALDO 13/07/2018 16:04:31

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018





Prefeitura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

Acervo Piquini Estano

Laudo médico

Para posterior de sentença

PUNTO ESTANO CID S. 52.6

por acidente de trânsito.

Realizado Tratamento Conservador

com Anestésico local

Atk médico

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Peggy, 33 - Prado - Gravata - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

25/04/13

*Dr. Alexandre Bezerra
Ouro Preto - Gravata
CPF: 674.357.12-00*

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2013



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 10/03/18

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 12:25

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:
PACIENTE: RICARDO JOAQUIM CAETANO
GENITORA: IRENE M. DA CONCEICAO
DATA DE NASCIMENTO: 05/10/64 IDADE: 6

PACIENTE: EDSON DA CONCEICAO
GENITORA: IRGNE IDADE: 6

GENITORA: 12600 IDADE: 05/10/61
DATA DE NASCIMENTO: 05/10/61

ENDEREÇO: R. José Ribeiro Alves
CIDADE: GTA

BAIRRO:

PONTO DE REFERENCIA:

CNS:

TELEPHONE:

SEXO: M

COR: P

No:

UF:

CEP:

ACOMPANHANTE: FILHO/DANIEL - SAÍDO

HDA

$\text{Re} \sim x$
 $\text{Re} \sim 1$

56 Gleiches kann
Ergebnisse sein

EXAME FÍSICO

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

25, 9A, 118

EXAMES SOLICITADOS

① 906.000 HK 50
② 715.000 1150.000. (n)

HD

0 306.1200222

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 22266
AR

~~C/D~~

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2013

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

1) Tensão 120 x 80 + 10 x 5/7/91
+ 4 - O.K.A. - F.V.

2) Vol. Anch 01 20 F.V.

3) Sif. v. n. 1 y + 20 F.V.

4) A.B. 1200. 120

5) Recgo no 5/20

6) Alta

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266

7) Solu. 2000 IMB. 900/10
8) no carife bisi

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐
TRANFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TATAPES - INC

09-R50



Cicero Joaquim Caetano

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.701.811 DATA DE EMISSÃO 09/04/2014

RENOME << CICERO JOAQUIM CAETANO >>

FILIAÇÃO << MANOEL JOAQUIM CAETANO >>
<< IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE GRAVATÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 05/12/1961

DOC. ORIGEM << CC.3495 L.806 F.119 CART. GRAVATÁ-PE 19.04.1994 >>

CPF 585.483.514-20

ARUANA SEGUR

24 JUL 2018

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11848183

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 4.896/64)




IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

IDENTIFICAÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO
41935

NOME
CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

PALESTRAS
CARLOS CLECIO DE SOUSA
ROSINEIDE ALVES DA SILVA

NATURALIDADE
GRAVATA-PE

RG
7368739 - 905/PE

CONDIÇÃO DE EXERCÍCIO DA ATIVIDADE
NÃO

DATA DE NASCIMENTO
20/11/1980

CPI
087.003.004-02

VIG. EXPIRACAO DA
01 30/05/2016

RENUNTE DESTITUIÇÃO DANTE
PROFESSOR

PRIMA SEGUROS
24 JUL 2018

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

41935

NOME
 CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

TIPO
 CARLOS CLECIO DE SOUSA
 ROSINEIDE ALVES DA SILVA

DATAS
 GRAVATA-PE

DATA DO REGISTRO
 20/11/2001

CPF
 7366739 - SDS/PE

DATA DO REGISTRO
 01 20/08/2010

DATA DO REGISTRO
 01 20/08/2010

DATA DO REGISTRO
 01 20/08/2010

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 11846183

USO OBLIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS PIS LEI 118
 (Art. 13 da Lei n. 8.112/90)

DATA DO REGISTRO
 01 20/08/2010

DATA DO REGISTRO
 01 20/08/2010

DATA DO REGISTRO
 01 20/08/2010

ARUANA SEGUROS
 14 SET 2010



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ELCERO JOAQUIM EACIANO
 DATA DO ACIDENTE 16/03/2018 CPF DA VÍTIMA 525.483.514-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLOS ELCIO DE SOUSA FILHO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DO PRADO, Nº 25
 Nº 85 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PRADO
 CIDADE GRAMATA UF PE CEP 55642-150
 E-MAIL ELCIC10322@GMAIL.COM TELEFONE (81) 99291-8785
9.9937-7348

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 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 NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

Josyell

REMETENTE:

CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO

Rua do Prado, N° 85, Prado, Gravatá/PE.

CEP: 55642-150

RUANA SEGUROS
24 JUL 2018

ENTREGUE AO CORREIO (AR)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339759 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO JOAQUIM CAETANO **Data do acidente:** 16/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO

OUTORGANTE: CICERO JOAQUIM CAETANO

Est. Civil: CASADO Prof.: PORTUEIRO RG nº: 2.701.211 SDS/PE

CPF nº 585.483.514-20 Endereço: RUA JOSÉ RIBEIRO

ALVES, N: 27, COABH 01, GRAVATÁ/PE.

OUTORGADO: O Bel. **CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE nº 41.935D, com escritório nesta cidade e comarca, na Rua do Prado, 85, Prado, CEP 55642-150, Gravata/PE, com o endereço eletrônico clecio322@gmail.com.

PODERES: Conferindo-lhes os poderes da cláusula *Ad iudicia e Et extra* para o foro em geral, bem como os especiais para acordar, desistir, transigir, dar quitação, levantar alvarás, podendo perante qualquer órgão público, especialmente no SAMU e em qualquer HOSPITAL; requerer, alegar e assinar o que for preciso; juntar e retirar documentos; apresentar e assinar quaisquer guias; requerer certidões, informações e demais autorizações; acompanhar e dar andamento a processos, pedir vistas, cumprir exigências; e tudo mais fazer no patrocínio do interesse do outorgante em juízo ou fora dele, inclusive "ad-negocia" e os mais necessários perante qualquer Instância, Foro ou Tribunal, em Juízo ou fora dele, podendo firmar termos de compromisso, acordar, discordar, transigir, recorrer, desistir, declarar insuficiência financeira, propor várias ações e recursos.

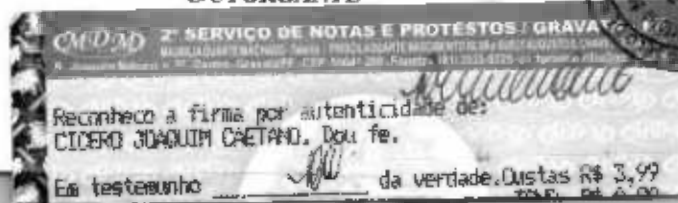
DPVAT: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para o Outorgante.

Gravatá, 26 de abril de 2018 .



Cicero Joaquim Caetano

OUTORGANTE



ANANA SEGUROS
24 JUL 2018



Selo Digital N. 0073643.SZ904201801.03033
Opz EZIR 26/04/2018 16:07:22
Consulte autenticidade em www.tipe-jus.br/seledigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269928/18

Número do Sinistro: 3180339759

Vítima: CICERO JOAQUIM CAETANO

CPF: 585.483.514-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/03/2018

Titular do CPF: CICERO JOAQUIM
CAETANO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO : 087.693.994-92

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO
CPF: 087.693.994-92

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA