

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SEVERINO 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

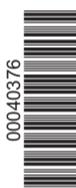
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200141449 **Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA**
Data do Acidente: 05/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SEVERINO 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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000002369-8

Conta: 000010018896-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
094.350.444-92 José Severino 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:	José Severino Barbosa da Silva		6 - CPF:	094.350.444-92	
7 - Profissão:	Agricultor	8 - Endereço:	Rua Padre José Marques	9 - Número:	19
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Orobó	10 - Complemento:	Casa
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55.745-000	16 - Tel.(DDD):	81-9993-2863
15 - E-mail:	eleyde.marques@yahoo.com.br				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 2369 CONTA: 18.896 4 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Nascidos (velhos)? Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
16/03/2020 - Autoatendimento - 11:48:24
165071416 0862

**COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO**

FAVORECIDO	JOSÉ SEVERINO BARBOSA
AGÊNCIA:	2369-8
CONTA:	18.8896-4
VARIACAO	51
VALOR *	2,00
NR. ENVELOPE	2.066.681.236

* Acojhidio em: 16/03/2020, na Agência 1650-0.

DECLARO-ME, CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDÍTOS EM POUPANÇA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTÃO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISÓRIA 567/2012.

***VALOR SUJEITO À CONFERÊNCIA**

Depositos realizados durante o expediente
bancario serão conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sábados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente

Se houver divergência no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios não serao abertos
e permanecerão disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opção "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 2000-729-0148 (demais localidades).

Ler no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



conta Poupança



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0211000169

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2020 às 15:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2019 às 22:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OROBO, 01** - Bairro: **CENTRO** -

OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR / AGENTE)

EDUARDO GOMES DE MOURA (OUTRO)

JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**

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

JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA BARBOSA**

Pai: **SEVERINO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **17/2/1992** Naturalidade: **OROBÓ / PERNAMBUCO /**

BRASIL Documentos: **9080377/SDS/PE (RG), 09435044492 (CPF)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: **RUA PADRE JOSE MARQUES DA FONSECA, 10, PRÓXIMO A GARAGEM DA PREFEITURA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDUARDO GOMES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BENTA LINA DA SILVA MOURA**

Pai: **SEVERINO GOMES DE MOURA** Data de Nascimento: **19/10/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**

BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO GOMES DE MOURA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN EX** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD4200 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

CONFORME A VITIMA, SENHOR JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA, O MESMO CONDUZIA UMA MOTOCICLETA HONDA CG 160 TITAN EX, CHASSI: 9C2KC2210GR006091, PLACA PCD 4200, ANO FAB. 2016, MOD. 2016, VINDO NO SENTIDO BOM JARDIM OROBÓ NAS IMEDIACÕES DA PE-88, QUANDO PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL UM CAVALO ENTROU NA PISTA, MOMENTO EM QUE A VITIMA NÃO CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL VINDO A

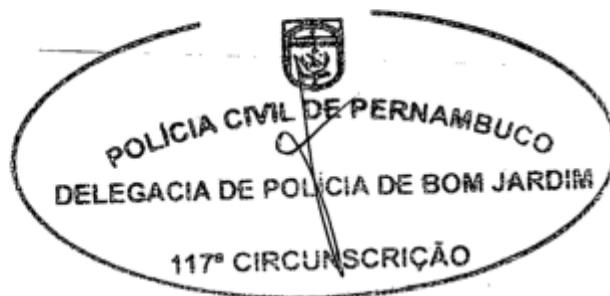
COLIDIR. EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES A VITIMA FICOU INCAPACITADA PARA O TRABALHO DESDE A DATA DO ACIDENTE ATÉ A PRESENTE DATA DIA 11/03/2020. NO DIA DO FATO O SENHOR JOSÉ FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE OROBÓ PELA EQUIPE DO SAMU DO MUNICIPIO. DIANTE DESES FATOS, VEIO A VITIMA ATÉ ESSA DELEGACIA PARA REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA

(VITIMA) José Severino Barbosa da Silva

B.O. registrado por: **JOELSON DOS SANTOS FARIAS** - Matrícula: **388035-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 094.350.444-92 José Severino 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: *José Severino Barbosa da Silva* 6 - CPF: 094.350.444-92

7 - Profissão: *Agricultor* 8 - Endereço: *Rua Padre José Marques* 9 - Número: 19 10 - Complemento: *Casa*

11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Orobó* 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.745-000

15 - E-mail: *eleyde.marques@yahoo.com.br* 16 - Tel.(DDD): 81 - 9993-2863

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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: **2369** CONTA: **18.896** (Informar o dígito se existir) 4 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val 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 Lider 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V0002/2014

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V0002/2014

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000010018896-6

Nr. da Autenticação FB73755195F41874



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual 0003943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LDIA DE SOUZA MARTINS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PE JOSE MARQUES 19 CS-

CPF: 108 251 844-10 NIS: 16355384740

СЕНТЯБРЬ 2000

**CLASSIFICAÇÃO
BY RESIDENTIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

CENTRO UROBIO
OROBO PE
55745-000

097032888	ÜSA	14/03/2020
14/02/2020	2018137337	8498358

7026786244	02/2020
21/02/2020	17/03/2020
25,84	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30.0000000	0,09357636	2,99
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	41.0000000	0,17057719	7,09
Consumo-TE até 30 kWh	30.0000000	0,09172149	2,75
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	41.0000000	0,15723684	6,44
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,24
Combi Ilum Pública Municipal			6,69
Compensação FIC Anual 2019			-0,48

TOTAL DA FATURA

25.84

Nº DO MEDIDOR	TIPO FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3171594829	CAS	17-01-2020	1401,00	14-02-2020	1472,10	75	1500AU		71,00

INFORMACOES IMPORTANTE

Este documento contém informações de caráter confidencial e é destinado exclusivamente ao seu destinatário. Ele não deve ser divulgado, copiado ou reproduzido, salvo com a autorização expressa da Coface. Toda informação contida nele é de propriedade da Coface e deve ser tratada como confidencial e resguardada, salvo se autorizada de forma explícita por escrito. Pode ser divulgada entre os funcionários da Coface que necessitem dela para o desempenho de suas funções. A Coface não se responsabiliza por quaisquer danos ou perdas que possam resultar da violação das regras de confidencialidade estabelecidas no presente documento.

Este documento é de propriedade da ANEEL e não pode ser reproduzido, divulgado, adaptado ou traduzido sem autorização escrita da ANEEL.

ITEM DE CONSUMO	VALOR REFLETIDO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
					MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
DIG	0,18	5,81	11,62	23,64				
FIC	1,00	3,18	6,72	13,45				
DMC	0,18	3,15	6,00	12,00				
União DRC	1,22	Euro - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 0,56						

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Severino Barbosa da Silva

RG nº 9.080.377, data de expedição 18/08/2010, Órgão SDS/PE,

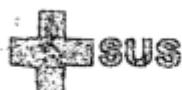
CPF nº 094.350.444-92, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua PE José Marques</u>
Número	<u>19</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Orobó</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>081- 9.9993-2863</u>
E-mail	<u>cleide.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Orobó, 30 de janeiro de 2020.

Assinatura do Declarante: José Severino Barbosa da Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

(SUS)

192

NÚMERO REGULADOR <i>Dr alcione</i>			TARIFAS			OPERADOR DE FROTA <i>Jessica</i>						
ID IDENTIFICAÇÃO	DATA <i>05/11/1922:20</i>	HORA <i>22:20</i>	ID <i>-</i>	Nº OCORRÊNCIA <i>5717591</i>	UNIDADE MÓVEL <i>21.5.0</i>	BASE DA UNIDADE <i>Santu Orobó</i>						
	ENDERÉSCO DA OCORRÊNCIA <i>PE-88</i>						Nº <i>S/N</i>					
BAIRRO <i>Centro</i>			MUNICÍPIO <i>Orobó</i>									
PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo a oficina de Rino Dalo</i>												
NOME DA VITIMA <i>eserino Ferreira Barbosa da Silva 29</i>			IDADE <i>29</i>	SEXO <i>M</i>								
SOLICITANTE/TELEFONE <i>Felina</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS							
QUEDA <i>Nor em u 5</i>												
Comunicação	Saída da base	<i>22:21</i>	Chegada no local	<i>22:24</i>	Saída do local	<i>22:29</i>	Chegada no destino	<i>22:30</i>	Saída no destino	<i>23:00</i>	Chegada na base	<i>23:01</i>

Orientação Transporte Transferência Cancelada antes da regulação Local não encontrado Cancelada

Type de lesão:

- Acidente Trânsito: *motocicleta*
- Pedestre
- Condutor do veículo
- Passageiro do veículo
- Agressão
- Clínico
- Desabamento/Desmorramento

- Eléctrocussão
- PAB
- PAF
- Gineco-estético
- Lesões térmicas
- Pediatrício
- Poliquírtico
- Quase Afogamento

- Queimadura _____
- Quimíca
- Térmica
- Elétrica
- Outras:

Antecedentes:

- AIDS
- Alcoolismo
- Alergia
- AVC
- Cirurgias Realizadas

- Convulsões
- Diátese
- Doença Cardíaca
- Doença infecção contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal

- Drogadição
- Hipertensão Arterial
- Internamentos anteriores
- Medicamento: _____
- Problemas Respiratórios
- Outros: *não*

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Quilos:
- Agitação/irregularidade
- Alergia
- Ausência de pulso
- Clonose

- Convulsões
- Disnéia
- Dificuldade Respiratória
- Dor Local
- Febre
- Inconsciente/Descons

- Palidez
- Sangramento
- Vômito
- Outros: _____

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	FR	Temp. Auditiva	Glicemia	Saturação Oz %	Escala de Glasgow
Initio	<i>70x50x80</i>	<i>102</i>	<i>160</i>	<i>36,5°C</i>	<i>106</i>	<i>99</i>	<i>15</i>
Fim	<i>53:00 120x80</i>	<i>104</i>	<i>160</i>	<i>36,5°C</i>	<i>106</i>	<i>99</i>	<i>15</i>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea: _____

- Livre
- Obstrução Parcial
- Total
- Corpo Estranho
- Bronco Aspiração
- Edema da Glote
- OSS

Achados: Criação Enfisema Subcutâneo Expectoração muco/purulenta Hemoptise Hálito Edílio Outros

Respiração/Ventilação:

- Espontânea
- Parada Respiratória
- Acelerada
- Ritmo Irregular

Auscultar:

- Normal
- Roncos/estiblos
- Estertores
- Diminuição MV
- Ausência MV

Expectorabilidade:

- Normal
- Superficial
- Regular
- Irregular

CIRCULAÇÃO

- Peso Clavos Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros:
- Edema Ausente Palpável M. Infiltrado Ausente
- Perfusion Normal Retardada Ausente
- P脉 Regular Irregular Pico Chalo Ausente
- Ausculta Normal Hipofuncional Atrito peritônico Arritmia Sopro
- ecg Normal Alterado Não realizado

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	BB	DI
	E	P	E	E	P	E	P	E	P
Amputação								/	/
Contusão								/	/
Escofariação								/	/
Esmagamento								/	/
Perfurante								/	/
Contuso								/	/
Frat. Fechada								/	/
Frat. Aberta								/	/
Aceleração								/	/
Luxação								/	/
Quimiotrauma								/	/

OBSERVAÇÕES:
Paciente apresenta esmagamento no quarto dedo em USE na faixa distal.

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Sonolência
- Coma
- Contusão
- Convulsão
- Otorreia Direita
- Otomagia Esquerda
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Guaxinim direito
- Sinal de Guaxinim esquerdo
- Rigidex de nuca
- Afseza
- Mioses Direita
- Mioses Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Parese
- Anisocoria

- Parestesia
- Arranhada
- Pupil reagente
- Pupil não reagente
- Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- Faringite / Faríngea
- Turgência jugular
- Enfisema subcutâneo
- Outros:

Abdômen:

- Distensão
- Ascite
- Doloroso/Defesa
- Espasmofagia
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outros

Urogenital:

- Anúria
- Urtígrado Direito
- Urtígrado Esquerdo
- Hematuria
- Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento
- Hemorragia vaginal
- Normal
- semanas
- Outros:

- Trabalho de parto: 001 cont/10m
- 1-3 cont/10m
- 3-6 cont/10m
- Boche rota
- Sangramento
- Nascimento

PROCEDIMENTOS:

- Desobstrução Vias Aéreas
- Entubação Nasotracheal
- Cânula Orofaringea
- Cricotireoidostomia
- Ventilação Mecânica Ambu
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentose c/ Agulha Direita
- Toracocentose c/ agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardioversão
- Controle Hemorragia
- Curativo
- Punção Venosa Periférica
- Punção Venosa Central

- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical
- Sedação
- Imobilização Membros
- Colar Cervicci
- Taixa/Tração
- Entubação Orotáquea
- Traqueostomia
- Monitorização cardíaca / Oximetria
- Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Nerário
Ringer lactato	500 ml		1	EV	22.10
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glucosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hosp. da Pol. São Vicente Tavares

MUNICÍPIO: Guarabira - PB

INTERCIRIÚNCIA: Clemencia, medico

PERTENÇE DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico de viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dr. Rosine</u>	<u>2</u>	<u>Leandro Roberto</u>	<u>Edvaldo</u>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANO, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ

Hospital Severino Távora

Uma Nova História

Parceria: Prefeitura Municipal de Orobó



Data: 05/12/2019	Hora: 22:34	Registro: 52 5061
Nome: José Severino Borboza da Silva		
Data de Nascimento: 12/02/1992	Idade: 27 anos	
Endereço: R. Padre José Morgues	Referência:	
Responsável: O mesmo		
Endereço do Responsável: Orobó		
Cartão Nacional do SUS:		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

Local da Ocorrência:			
Tipo de Ocorrência:			
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Outros			

Sinais Vitais			
PA:	FC:	TEMP:	FR:

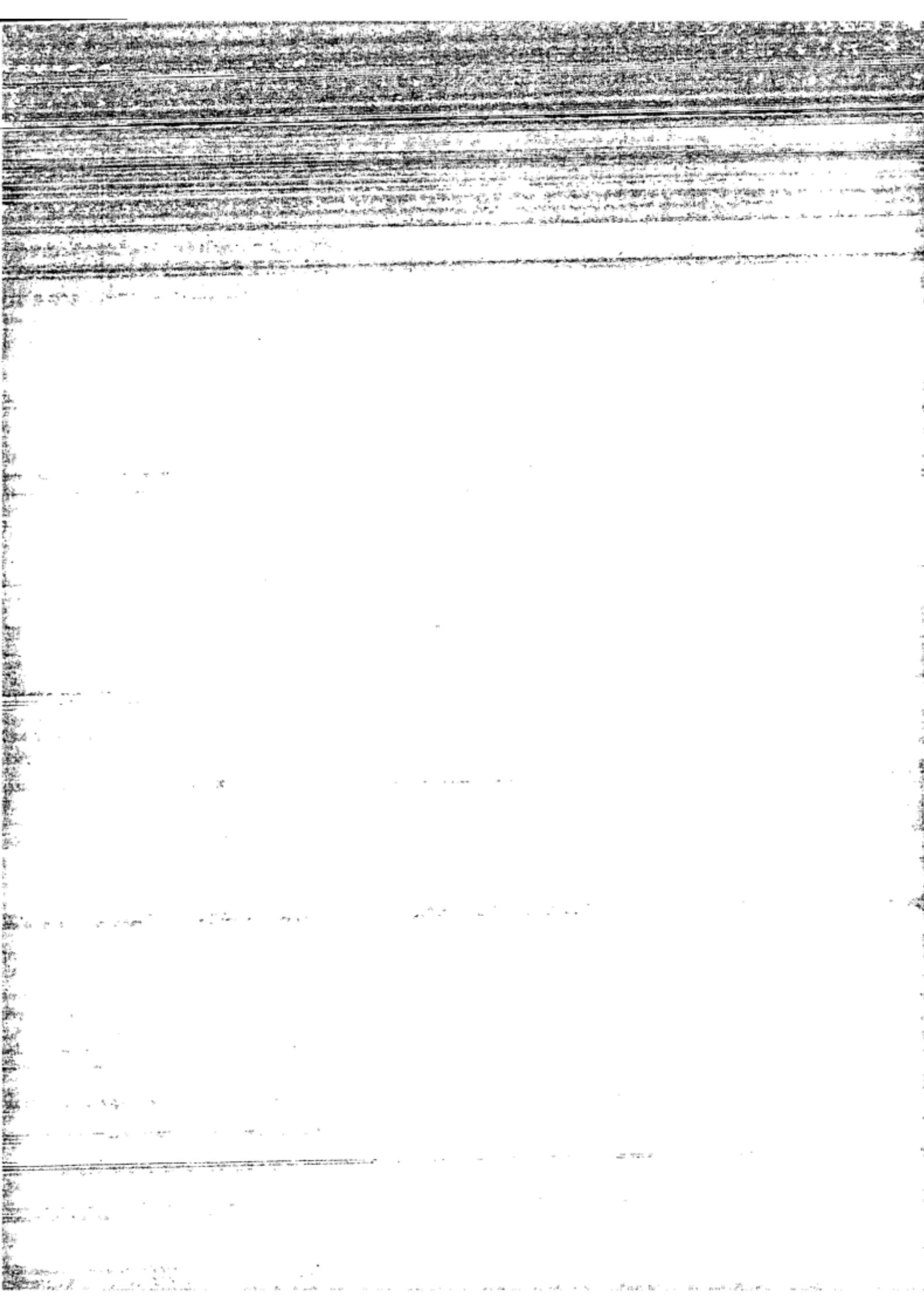
Queixas:	paciente vítima de acidente de moto, que entrou nesse serviço, fazendo PI SAMU, apresentando ferimento em TV quironocial de MS		
----------	--	--	--

Exame físico:	SE observa fenda exposta TV quironocial MS S/ TCE HEMODINAMICAMENTE ESTABELE		
---------------	---	--	--

Hipótese diagnóstica:	Fratura exposta TV quironocial MS		
-----------------------	-----------------------------------	--	--

Procedimentos:	→ Limpza + ASSEPSIA → <i>Natal Albuquerque</i> <i>OOREN - 1.040.206</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> → IMOBILIZAÇÃO → <i>23/12/19</i> → PROFILAXIA = ROCEFIR 2g + AD 60 → <i>23/12/19</i> → <i>exames complementares gás 300 mLH</i> → CETOZOFENO 100g + IGLI SF → <i>23/12/19</i> → AVOLINGO PI + neumotaxa		
----------------	---	--	--

Dr. Antônio Henrique
Médico
CRM-PE 25717



Ao Seguro DPVAT

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

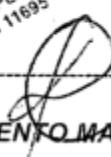
Atesto para os devidos fins que o Sr. JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA, 27 anos, trabalhador rural, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de dezembro de 2019 que resultou em fratura diafisária da ulna esquerda e amputação traumática da falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo.

Foi submetido à regularização de coto de amputação em falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo e tratamento conservador da fratura da ulna esquerda.

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, 7 de janeiro de 2020

12:35:40

1. Anamnese (06/12/2019) - Idade: 27 anos e 9 meses e 18 dias

Anamnese Completa

Q.D. - H.M.A.:

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HÁ DIA QUE RESULTOU EM:

-AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º QD ESQ.

-FRATURA DA DIÁFISE DA ULNA ESQUERDA, COM DESVIO MÍNIMO;

CD: CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR;

MAXSULID 400 mg.

2. Retorno (20/12/2019) - Idade: 27 anos e 10 meses e 3 dias

Retorno

Queixa Atual:

RETONA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;

RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA;

MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES

RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: GESSO AXILO-PALMAR. VOLTAR COM 15 DIAS.

Exame Físico Geral		
Estatura(cm)	160,000	Peso(Kg) 55,000
Desejável	51,20-64,00 kg	
I.M.C. =	21,48 kg/m ²	Peso normal
Pressão Arterial		
Exame Físico RCQ		
Abdômen (cm)	0,000	
Cintura (cm)	0,00	
Quadril (cm)	0,000	RCQ: N/A

3. Anamnese (07/01/2020) - Idade: 27 anos e 10 meses e 19 dias

Anamnese Completa

Q.D. - H.M.A.:

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS



Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO



Atesto para os devidos fins previdenciários que o Sr. **JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA**, 27 anos, trabalhador rural, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de dezembro de 2019 que resultou em fratura diafisária da ulna esquerda e amputação traumática da falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo.

Foi submetido à regularização de coto de amputação em falange distal do 4º quirodáctilo esquerdo e tratamento conservador da fratura da ulna esquerda.

Encontra-se impossibilitado de realizar atividades que exijam repetidos movimentos de carregamento e levantamento de grandes pesos, sob o risco de agravamento do quadro clínico acima exposto.

Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida.

Encontra-se incapacitado de realizar suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia médica do INSS.

CID 10: S 52.2; S 68.8

4. Retorno (07/02/2020) - Idade: 27 anos e 11 meses e 19 dias

Retorno

Queixa Atual:

RETONA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;
RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA;
MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES
RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;
CD: SOLICITO FISIOTERAPIA.

5. Anamnese (13/03/2020) - Idade: 28 anos e 25 dias

Anamnese Completa

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:



Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



VOLTA PRA REVISÃO;

APRESENTA-SE CLINICAMENTE BEM, COM REDUÇÃO DA DOR E EDEMA E MELHORA

DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DO COTOVelo E PUNHO ESQUERDO;

O EXAME RADIOLÓGICO EVIDENCIA FRATURA EM FASE FINAL DE CONSOLIDAÇÃO;

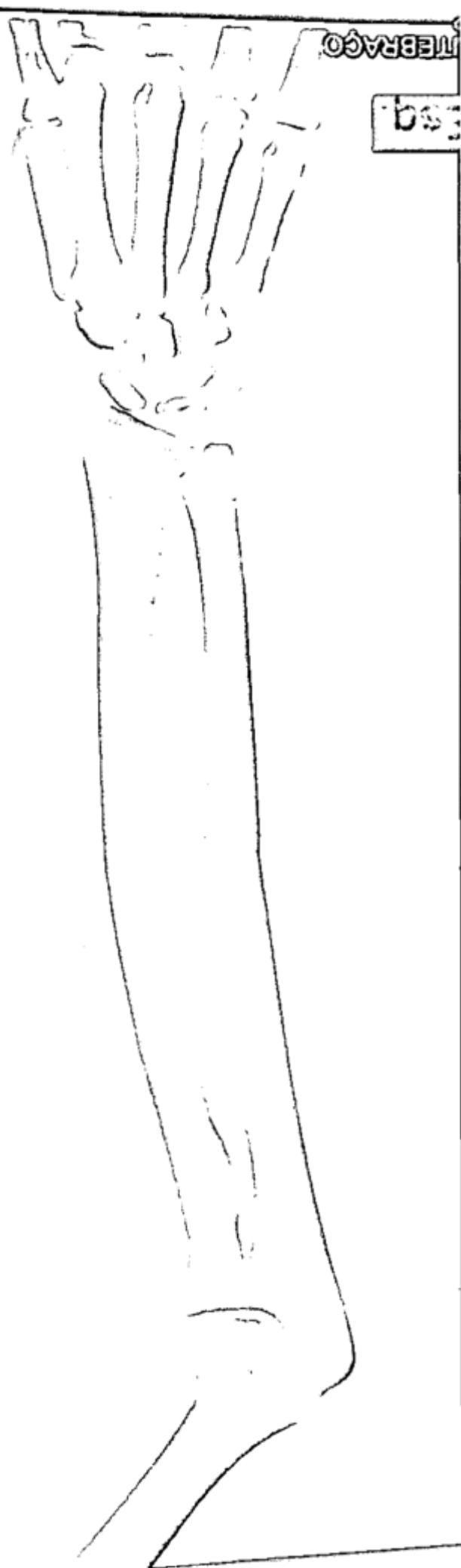
CD: MANTER FISIOTERAPIA; ALTA DA ORTOPEDIA.



Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



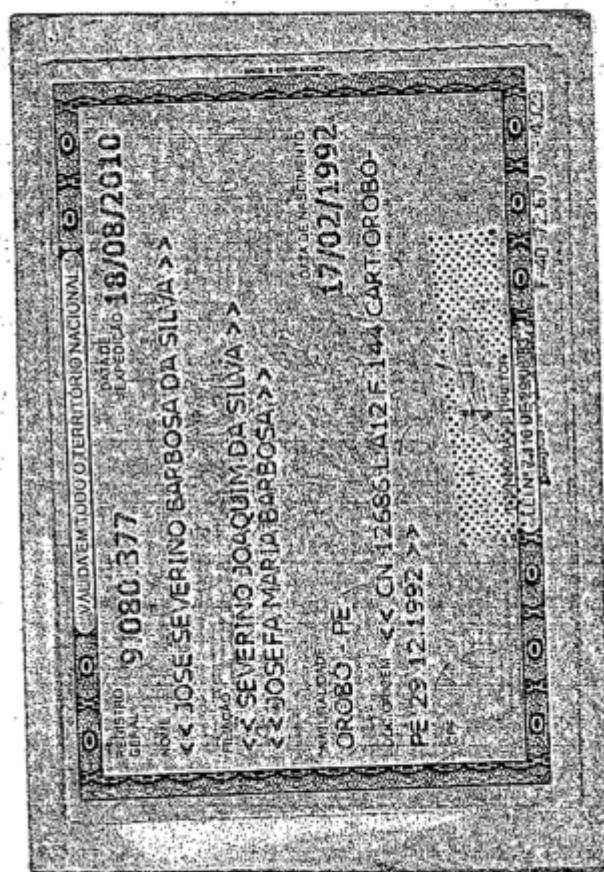
ANTEBRACO



108

卷之三

17cm





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014959408290

PLACA	065452	EXERCÍCIO	2019
ESPECIE DO V.	VEÍCULO	DATA DE V.	
PROBLEMA	03	DATA DE PLACAR	2000
TIPO DE ANEXO	ANEXO	VALIDADE	
ESPECIE DO ANEXO	ANEXO	DATA DE V.	2019
P.A. MOTO CICLETA	03	DATA DE PLACAR	2000
MARCA/Modelo	HONDA CG 150 CUB	ANO/FAB.	2018
CAP/PORTAL	CG 150 CUB	CATEGORIA	CG 150 CUB
DATA UNICA	2018	VENDEDOR/WHICHE	1
FIM/IMPRESA		PARELHAMENTO/COTAS	2
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS)	100	VALOR DE PAGAMENTO	0
B.I.	CONF. 2018	DATA DE PAGAMENTO	07/2018

DE/NTRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014959408290 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDUARDO GOMES DE MOURA

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 1206

GROBO-PE		EXERCÍCIO	DATA DE V.
VIA	029-270-154-167	CPF/CNPJ	11111111111
ANO	06-45-002	DATA	15/07/2018
ANOPAR	02	VALOR	R\$ 100,00
ANOPAR	02	VALOR	R\$ 100,00

PRÉMIO TARIFÁRIO

VALOR	DATA	VALOR	DATA
R\$ 100,00	01/01/2019	R\$ 100,00	01/01/2019
R\$ 100,00	01/01/2019	R\$ 100,00	01/01/2019
R\$ 100,00	01/01/2019	R\$ 100,00	01/01/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 0028608-0001-04

102-102

DETALHES DE CARTEIRA DE SEGURO DPVAT

DETALHES DE CARTEIRA DE SEGURO DPVAT



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eduardo Gomes de Moura,

RG nº 6.291.220, data de expedição / /,

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 039.270.064-67, com

domicílio na cidade de Orobó, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Sizenando Aguiar, nº 113,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Severino Barbosa da Silva cujo o condutor era

José Severino Barbosa da Silva.

Veículo: Motocicleta Honda CG 160 TITAN EX

Modelo: 2016

Ano: 2016

Placa: PCD-4200

Chassi: 9C2KC2210GR006091

Data do Acidente: 05/12/2019.

Local e Data: Orobó, 31 de janeiro de 2020.

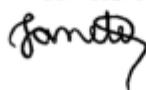

Eduardo Gomes de Moura

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Mariano da Aguiar, 20 - Manípulos - Orobó-PE CEP: 56745-000
Fone: (81) 3656-1186 - E-mail: oficiduncio.orobo@gmail.com

Reconheço, POR AUTENTICIDADE,
a(s) firma(s) de (1)EDUARDO GOMES DE
MOURA, Orobó-PE,31/01/2020, JANETE MARIA
DA SILVA SOARES-ASSISTENTE
Cartorio: R\$ 3,71 - TSNR: R\$ 0,82
FERC: R\$ 0,41 - FERM: R\$ 0,04 -
FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 5,06
Selo(s) 0077602 QVM01202001.01707.





Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/notarial

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **José Severino Barbosa da Silva**
 Data do Acidente: **05/12/19** Possui CPF: **094.350.444-92**

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- CPF do Representante Legal (cópia simples)
- Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h ligue grátis para Central de Atendimento:

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Laudo de Invalidez do IML – Sim Não – original ou cópia autenticada
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – Sim Não – original ou cópia autenticada
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Declaração das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (original)
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: Sim Não
- Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- | | |
|---|--|
| BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA) | <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com data atual (cópia simples) |
| | <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original) |
| BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) | <input type="checkbox"/> Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples) |
| | <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS) |
| | <input type="checkbox"/> Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal |
| | <input type="checkbox"/> Declaração judicial que reconheça a união estável (cópia simples) |
| | <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples) |
| | <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original) |
| | <input type="checkbox"/> Termo de Condiliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge |
| BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A)) | <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original) |
| | <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS) |
| | <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original) |
| | BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A)) |
| | <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPAT (original) |
| | <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples) |
| | <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples) |
| | <input type="checkbox"/> Outros Documentos apresentados: |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **José Severino Barbosa da Silva**
 Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal
 CPF do portador: **04350.444-92**
 E-mail: **cleode.marcos@yahoo.com.br** Tel.: **(081) 29993-2863**
 Data: **16/03/2020** Assinatura: **Xérolí Severino Barbosa da Silva**

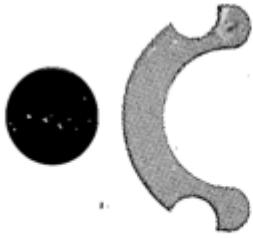
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Apadrinhamento (Nome do ponto): **Jairo im**
 Atendente: **Josy Elaine de Aguiar** Assinatura: **Josy Elaine de Aguiar**
 Matrícula: **30017887**
 Data: **17/03/20** Assinatura: **Josy Elaine de Aguiar**

Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
RUA SENADOR DANTAS, 74 – 15º ANDAR – CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ
20031-205

ATENDIMENTO

TELEFONE / Phone Number

UF / State	PAÍS / country
RT	BRASIL



Seguro

DPVAT



O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvatoficial



dpvatoficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender

REMETENTE / Sender
JOSÉ SEVERINO BARBOSA DA SILVA
CIDADE / City
RUA PADRE JOSÉ MARQUES, 102/19
CEP / Zip
55745-000

TELEFONE / Phone Number

081-9.9093-2563

ENDEREÇO / Address

ENDEREÇO / Address
RUA PADRE JOSÉ MARQUES, 102/19
CIDADE / City
OROBO
UF/State
PE
PAÍS / Country
BRAZIL



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

Pyrethrum CP

www.pyrethrum.com.br

Tel: (11) 2224-2000

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)											
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)										
<input type="checkbox"/> RECLASADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)										
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)										
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Unclaimed)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Others)										
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)											
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)											
1 ^a	/	1 ^a	/	2 ^a	/	3 ^a	/	4 ^a	/	5 ^a	/
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided by doorman or condo manager</small>											
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em <u>_____</u> <small>Reintegrated to service post</small>											
Data <u> / / </u> Responsável <u> </u>											

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141449 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA Data do acidente: 05/12/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA;
FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA) DEMAIS LESÕES TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3,8

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141449 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA Data do acidente: 05/12/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA;
FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E SUTURA) DEMAIS LESÕES TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3,8

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110330/20

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

CPF: 094.350.444-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA : 094.350.444-92

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: 07/04/2020
Nome: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA
CPF: 094.350.444-92

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: IVERSON DA FONSECA MAIA
CPF: 101.299.057-55

JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

IVERSON DA FONSECA MAIA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110330/20

Número do Sinistro: 3200141449

Vítima: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

CPF: 094.350.444-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: JOSE SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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.