

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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS 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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200061911 Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE CARLOS DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000020640-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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



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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	71814026410	JOSE CARLOS DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA		CPF: 71814026410		
Profissão: REC IMF	Endereço: SILAGOA DOCE DOIS	Número: 440	Complemento: CASA	
Bairro: MARRECAS	Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ	Estado: PE	CEP: 55765 000	Tel.(DDD): (81)96650054
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(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.

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/reembolso 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Inscrição
digital da
mão do
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PE**

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE CARLOS DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	71814026410	JOSE CARLOS DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA		CPF: 71814026410		
Profissão: REC IMF	Endereço: SILAGOA DOCE DOIS	Número: 440	Complemento: CASA	
Bairro: MARRECAS	Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ	Estado: PE	CEP: 55765 000	Tel.(DDD): (81)96650054
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(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.

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/reembolso 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Inscrição
digital da
mão do
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PE**

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE CARLOS DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

500492

0030458/19

133ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA - DP133ªCIRC
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0223000063

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2019 às 11:58**
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia

28/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **ALTO DAS OLIVEIRAS, PRÓXIMO À CAIXA D'ÁGUA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 JOÃO JOAQUIM DA SILVA (OUTRA)
 JOSÉ CARLOS DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA JOSEFA DE ARRUDA** Pai: **JOÃO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9884732/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU /INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981566962**

Residencial: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

JOÃO JOAQUIM DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ JOAQUIM FILHO** Data de Nasimento: **5/1/1973** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4797626/SDS/PE (RG) 02930216433 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU /INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981038388**

Residencial: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO JOAQUIM DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN E81** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIE0247** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **542713101** Chassi: **9C2KC1670DTR03717**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

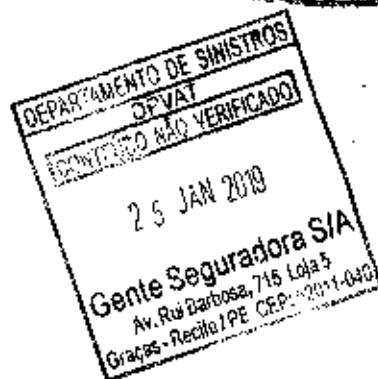
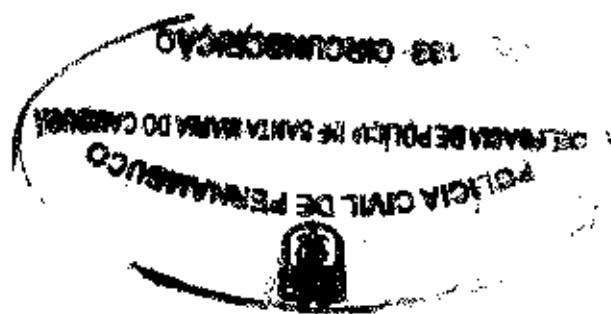
COMPARECEU A ESTA DP O SR. "JOSÉ CARLOS DA SILVA", JUNTAMENTE COM O SEU PAI E PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, O SR. "JOÃO JOAQUIM DA SILVA" PARA INFORMAREM QUE NO DIA 28/10/2018 MAIS OU MENOS ÀS 18H O SR. "JOSÉ CARLOS" SOFRERA UM ACIDENTE NA VIA PÚBLICA DA CIDADE DE SANTA MARIA IDENTIFICADO QUE VINHA EM OUTRA MOTO PELA CONTRAMÃO ACERTOU A Perna DA VÍTIMA, VINDO A FRATURÁ-LA. APÓS O ACIDENTE, O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FORA LEVADA À POLICLÍNICA DA CIDADE PARA O PRÉ ATENDIMENTO E LOGO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA José Carlos da Silva
(VITIMA)

JOÃO JOAQUIM DA SILVA João Joaquim da Silva
(OUTRO)

B.O. registrado por: **THEOMAR THEOPHILO BEZERRA** - Matrícula: **3878984**



500492

0030458/19

133ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA - DP133ªCIRC
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0223000063

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2019 às 11:58**
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia

28/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **ALTO DAS OLIVEIRAS, PRÓXIMO À CAIXA DÁGUA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 JOÃO JOAQUIM DA SILVA (OUTRA)
 JOSÉ CARLOS DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DE ARRUDA** Pai: **JOÃO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9884732/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU /INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981566962**

Residencial: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

JOÃO JOAQUIM DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ JOAQUIM FILHO** Data de Nasimento: **5/1/1973** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4797626/SDS/PE (RG) 02930216433 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU /INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981038388**

Residencial: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO JOAQUIM DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN E81** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **KIE0247** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **542713101** Chassi: **9G2KC1670DTR03717**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SR. "JOSÉ CARLOS DA SILVA", JUNTAMENTE COM O SEU PAI E PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, O SR. "JOÃO JOAQUIM DA SILVA" PARA INFORMAREM QUE NO DIA 28/10/2018 MAIS OU MENOS ÀS 18H O SR. "JOSÉ CARLOS" SOFRERA UM ACIDENTE NA VIA PÚBLICA DA CIDADE DE SANTA MARIA DO CAMBUCA. O FATO SE DEU QUANDO A VÍTIMA PILOTAVA A MOTO DO PAI E DE REPENTE UM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA EM OUTRA MOTO PELA CONTRAMÃO ACERTOU A Perna DA VÍTIMA, VINDO A FRATURÁ-LA. APÓS O ACIDENTE, O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FORA LEVADA À POLICLÍNICA DA CIDADE PARA O PRÉ ATENDIMENTO E LOGO SEGUINDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, EM CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

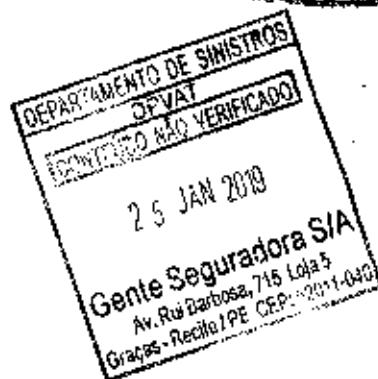
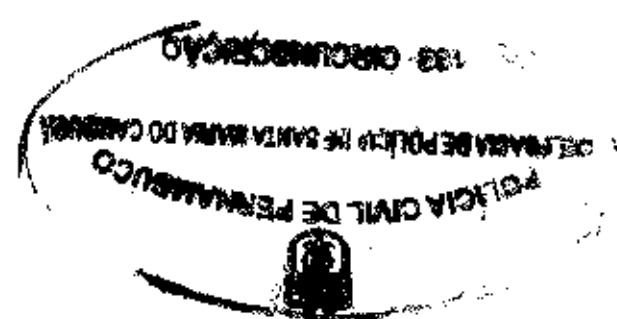
JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA)

José Carlos da Silva

JOÃO JOAQUIM DA SILVA
(OUTRO)

João Joaquim da Silva

B.O. registrado por: **THEOMAR THEOPHILO BEZERRA** - Matrícula: **3878984**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	71814026410	JOSE CARLOS DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA		CPF: 71814026410		
Profissão: REC IMF	Endereço: SILAGOA DOCE DOIS	Número: 440	Complemento: CASA	
Bairro: MARRECAS	Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ	Estado: PE	CEP: 55765 000	Tel.(DDD): (81)96650054
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(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.

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/reembolso 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Inscrição
digital da
mão do
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PE**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE CARLOS DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	71814026410	JOSE CARLOS DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA		CPF: 71814026410		
Profissão: REC IMF	Endereço: SILAGOA DOCE DOIS	Número: 440	Complemento: CASA	
Bairro: MARRECAS	Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ	Estado: PE	CEP: 55765 000	Tel.(DDD): (81)96650054
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0835** CONTA: **20640 7**
(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.

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/reembolso 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Inscrição
digital da
mão do
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PE**

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE CARLOS DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JOSÉ CARLOS DA SILVA, vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732, residente: Sítio LAGOA Doce, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

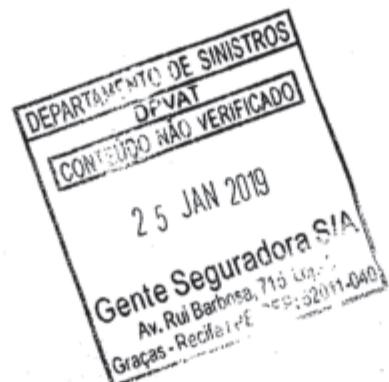
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 845.606.337-68

Henrique Soares do Nascimento

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





Data: 28/01/2018 Hora: 18:25 Registro:
 Nome: José Laranja da Silva
 Endereço: Sítio Aragua Dore Referência:
 Bairro: Zona Rural Cidade: Santa M^a de Cambucá
 Idade: 23 anos Sexo: Mas. Cor: Pd. Profissão:
 Responsável:

Endereço do Responsável: Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO: Automóvel Ônibus Moto Outro Ignorado

MODO: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

AGRESSÃO

POR: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Ignorado

MODO: Assalto/Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Ignorado

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO

POR: Arma de Fogo Enforcado Drogas Queda de Nível Outro Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimadura Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Ignorado

Queixas:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rubensuza, 715 Loja 5
Bacelar PE CEP: 50111-040

Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 80 bom Pulso: 99% Temperatura: HGT: 112 mg/dL

Pgf. 23 ans consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentava fratura cominutiva da M10 em região tibial com revascularização de tecido ósseo.
Referido p/ H.R.A.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta da M10.

- Procedimentos:
- ① Feito protetor de continuidade q garantiu imobilizar a M10. Cód.: 10.20.20
 - ② Morfina 1FA am 100ml SF 9.9% (EV) 10.18.10.20
 - ③ Ceftriaxon 2g + LBD (EV) 10.18.10.20
 - ④ SRL 500mg (EV) Ricardo Bezerra CRM: 20774-0

Médico Responsável:



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JOSÉ CARLOS DA SILVA, vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732, residente: Sítio LAGOA Doce, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

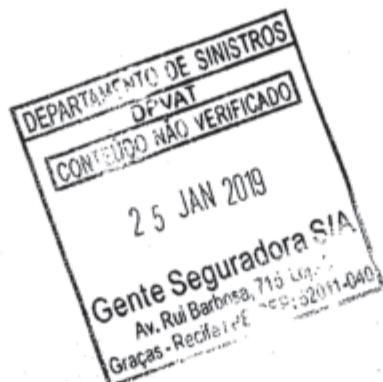
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 845.605.337-68

Henrique Soares do Nascimento

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





Data: 28/01/2018 Hora: 18:25 Registro:
 Nome: José Carlos da Silva
 Endereço: Sítio Aragua Dore
 Bairro: Zona Rural Cidade: Santa M^a do Cambucá
 Idade: 23 anos Sexo: Mas. Cor: Pd. Profissão:
 Responsável:

Endereço do Responsável: Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO: Automóvel Ônibus Moto Outro Ignorado

MODO: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

AGRESSÃO

POR: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Ignorado

MODO: Assalto/Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Ignorado

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO

POR: Arma de Fogo Enforcado Drogas Queda de Nível Outro Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimadura Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Ignorado

Queixas:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rubensuza, 715 Loja 5
Bacelar PE CEP: 50111-040

Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 80 bom Pulso: 99% Temperatura: HGT: 112 mg/dl

Pgf. 23 ans consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentava fratura cominutiva da M10 em região tibial com revascularização de tecido ósseo.
Referido p/ H.R.A.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta da M10.

- Procedimentos:
- ① Feito protetor de continuidade q garantiu imobilização da M10. Cód.: 10.20.20
 - ② Morfina 1FA am 100ml SF 9.9% (EV) 10.18.10.20
 - ③ Ceftriaxon 2g + LBD (EV) 10.18.10.20
 - ④ SRL 500mg (EV) Ricardo Bezerra CRM: 20774-0

Médico Responsável:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000020640-7

Nr. Autenticação

BRADESCO18022020050000000002370083500000020640472500 PAGO



DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Tarifa Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.431, de 26/4/02
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50090-042
 Cnpj: 03.883.932/0001-08 | Ins. Elet. 002603-80 | www.celpe.com.br

EMPRESA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA 370CENTROS RUBIM
SUL BIPE
55750-000

PERIODO FISCAL	12/2018	DATA DE VENCIMENTO	17/12/2018
VALOR (R\$)	154,54	DATA REFERENCIAL	07/01/2019
QUANTIDADE		PRECO (R\$)	0,7875364
		VALOR (R\$)	178,000000
DETALHAMENTO DA FICHA FISCAL			
Consumo Ativo(kWh) Adriana Bento AMARELA Comis. lhum. Pública Municipal ICMS Subvenção-COE-NF 00259084-0409/18 ICMS Subvenção-COE-NF 034080714-05/18			

ÚNICA
10/12/2018
2011169086
3151009

C

A

M

P

R

E

S

T

U

V

W

X

Y

Z

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

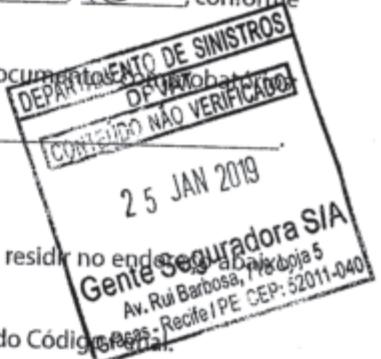
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações 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.

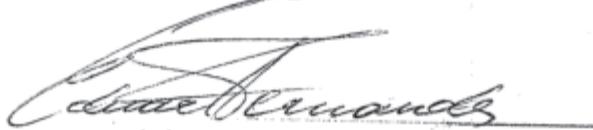
Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574 940 534-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 718 140 264-10, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 718 140 264-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão:	Renda:	e apresento os documentos de comprovação: 
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar		
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
CENTRO	SURUBIM	PE	55750 000
Email	afseguranca94@yahoo.com.br	Telefone comercial (DDD) (81) 96650454	Telefone celular (DDD) (81) 81335022

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

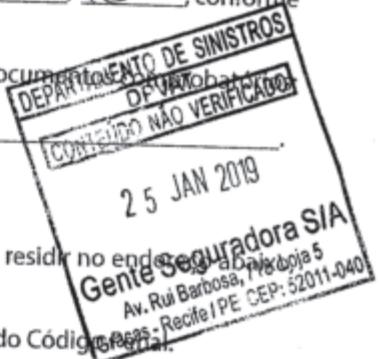
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações 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.

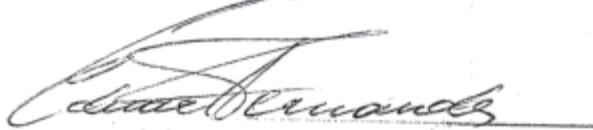
Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574 940 534-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 718 140 264-10, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ CARLOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 718 140 264-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão:	<input type="text"/> Renda:	e apresento os documentos de comprovação:
 Gente Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 570 - Centro - Recife - PE CEP: 52011-040		
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar		
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
CENTRO	SURUBIM	PE	55750 000
Email	<u>afseguranca94@yahoo.com.br</u>	Telefone comercial (DDD) (81) 96650454	Telefone celular (DDD) (81) 81335022

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO JOAQUIM DA SILVA

RG nº 4797626, data de expedição 23/12/2009
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 029 302 164 33, com
domicílio na cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCA no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO MARRECAS, ZONA RURAL, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE CARLOS DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE CARLOS DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FAN ES1

Ano: 2013

Placa: KIE 0247

Chassi: 9CZXC1670DRD37178

Data do Acidente: 28/10/18

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE 27/01/19

João Joaquim da Silva

Assinatura do Declarante

STN. N° DO CAMBUCA



Jose Carlos da Silva

STN. N° DO CAMBUCA

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



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSE AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201

conheço por autenticidade a firma de JOAO JOAQUIM DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.



conheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR-R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.



lo: 0159509.OHL01201901.00159 22/01/2019 11:03:39
nsulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSE AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201

conheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR-R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

lo: 0159509.XLX01201901.00158 22/01/2019 11:03:09
nsulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO JOAQUIM DA SILVA

RG nº 4797626, data de expedição 23/12/2009

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 02930216433, com domicílio na cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCA no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO MARECAS, ZONA RURAL, nº 511,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSE CARLOS DA SILVA, cujo o condutor era JOSE CARLOS DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FAN ES1

Ano: 2013

Placa: KIE0247

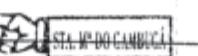
Chassi: 9CZXC1670D037178

Data do Acidente: 28/10/18

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE 27/01/19

João Joaquim da Silva 
Assinatura do Declarante



X José Carlos da Silva 
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sínistro)



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201

Conheço por autenticidade a firma de JOÃO JOAQUIM DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em VANESSA PEREIRA DA SILVA, testemunha da verdade, VANESSA PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

lo: 0159509.OHL01201901.00159 22/01/2019 11:03:39
nsulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Conheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR-R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em VANESSA PEREIRA DA SILVA, testemunha da verdade, VANESSA PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

lo: 0159509.XLX01201901.00158 22/01/2019 11:03:09
nsulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JOSÉ CARLOS DA SILVA, vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732, residente: Sítio LAGOA Doce, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 845.605.337-68

Henrique Soares do Nascimento

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





Data: 28/01/2018 Hora: 18:25 Registro:
 Nome: José Carlos da Silva
 Endereço: Sítio Aragua Dore
 Bairro: Zona Rural Cidade: Santa M^a do Cambucá
 Idade: 23 anos Sexo: Mas. Cor: Pd. Profissão:
 Responsável:

Endereço do Responsável: Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO: Automóvel Ônibus Moto Outro Ignorado

MODO: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

AGRESSÃO

POR: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Ignorado

MODO: Assalto/Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Ignorado

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO

POR: Arma de Fogo Enforcado Drogas Queda de Nível Outro Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimadura Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Ignorado

Queixas:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rubensuza, 715 Loja 5
Bacelar PE CEP: 50111-040

Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 80 bom Pulso: 99% Temperatura: HGT: 112 mg/dl

Pgf. 23 ans consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentava fratura cominutiva da M10 em região tibial com revascularização de tecido ósseo.
Referido p/ H.R.A.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta da M10.

- Procedimentos:
- ① Feito protetor de continuidade q garantiu imobilização da M10. Cód.: 10.20.20
 - ② Morfina 1FA am 100ml SF 9.9% (EV) 10.18.10.20
 - ③ Ceftriaxon 2g + LBD (EV) 10.18.10.20
 - ④ SRL 500mg (EV) Ricardo Bezerra CRM: 20774-0

Médico Responsável:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

José Carlos do Nascimento

Prontuário:

327952

Data: 1 / 1 /

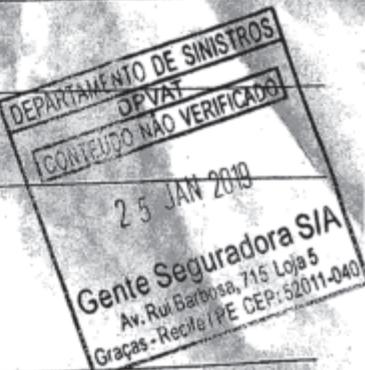
Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fadiga expectorativa

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. ambulatório e 10 dias.



TRATAMENTO REALIZADO:

FFO curto
ATB + AINH + cintos de fixo
x-ray Rios ab-2º onda

Alta Hospitalar: Data: 05 / 11 / 13

Hora:

20 - 11 - 13

8:20

Ass. do Médico e CRM

Dr. Ricardo Cavalcante Marinho
Traumato Ortopedista
CRM 14599

Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clinica:

Registro N°.

Enfermaria:

Hácent vitres
se ausente do
mto em 27/10/2018
sic. frct. esp.
peines I. fix adh
est. ver Pcs.

Encamado p/
retirar fix. 201

fract. rel. p/
pis de dentro

2084
Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10560

Médico - CRM

Data

20/11/18

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elelda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



~~REC-THARO~~

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO
E ÁGUA
FONTE: 100% VERIFICADA
08 MAR 2003

Gente Seguradora
Av. Rio Branco, 751
Recife - PE
CEP 50010-001

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

0030458/19

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Acidente de trânsito
em 28/10/2018 - Sic
Fiel: exp. Peixe D.
operador: Fy. 207.
aparadorado retra-
do da borda
est. e portaria
definida de conduta.
fim de mal p/
pés de direito
2094

Data:

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Ejilda Monteiro da Souza

1º Lugar

2º Concurso 89









Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

0030458/19

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Acidente de trânsito
em 28/10/2018 - Sic
Fiel: exp. Peixe D.
operador: Fábio
Aguardando retorno
de los fiscales
est. e portaria
definirão os condic.
fim: mal. P
pés: derrubado
2094

Data:

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Ejelda Monteiro da Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



卷之三

卷之三

—
—
—

卷之三

—
—
—

卷之三

08 MAR 2012
Gente Segredora
Av. Rui Barbosa, 716
Graciosa - Recife/PE



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JOSÉ CARLOS DA SILVA, vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732, residente: Sítio LAGOA Doce, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 845.605.337-68

Henrique Soares do Nascimento

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





Data: 28/01/2018 Hora: 18:25 Registro:
 Nome: José Carlos da Silva
 Endereço: Sítio Aragua Dore
 Bairro: Zona Rural Cidade: Santa M^a do Cambucá
 Idade: 23 anos Sexo: Mas. Cor: Pd. Profissão:
 Responsável:

Endereço do Responsável: Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO: Automóvel Ônibus Moto Outro Ignorado

MODO: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

AGRESSÃO

POR: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Ignorado

MODO: Assalto/Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM: Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Ignorado

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO

POR: Arma de Fogo Enforcado Drogas Queda de Nível Outro Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimadura Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Ignorado

Queixas:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rubensuza, 715 Loja 5
Bacelar PE CEP: 50111-040

Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 80 bom Pulso: 99% Temperatura: HGT: 112 mg/dl

Pgf. 23 ans consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentava fratura cominutiva da M10 em região tibial com revascularização de tecido ósseo.
Referido p/ H.R.A.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta da M10.

- Procedimentos:
- ① Feito protetor de continuidade q garantiu imobilização da M10. Cód.: 10.20.20
 - ② Morfina 1FA am 100ml SF 9.9% (EV) 10.18.10.20
 - ③ Ceftriaxon 2g + LBD (EV) 10.18.10.20
 - ④ SRL 500mg (EV) Ricardo Bezerra CRM: 20774-0

Médico Responsável:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

José Carlos do Nascimento

Prontuário:

327952

Data: 1 / 1 /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fadiga expectorativa

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. ambulatório e 10 dias.



TRATAMENTO REALIZADO:

FFO curto
ATB + AINH + cintos de fixo
x-ray Rios ab-2º onda

Alta Hospitalar: Data: 05 / 11 / 13

Hora:

20 - 11 - 13

8:20

Ass. do Médico e CRM

Dr. Ricardo Cavalcante Marinho
Traumato Ortopedista
CRM 14599

Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clinica:

Registro N°.

Enfermaria:

Hácent vitres
se ausente do
mto em 27/10/2018
sic. frct. esp.
peines I. fix adh
est. ver Pcs.

Encamado p/
retirar fix. est.

fract. rel. p/
pis de dentro

2084
Nilson Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10560

Médico - CRM

Data

20/11/18

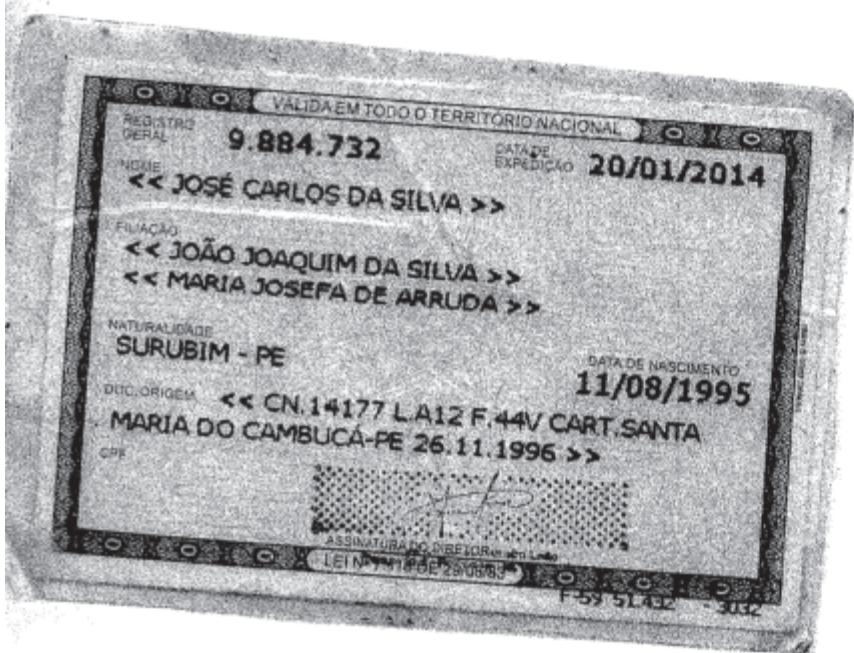
O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleilda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89









DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Tarifa Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.431, de 26/4/02
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50090-042
 Cnpj: 03.883.932/0001-08 | Ins. Elet. 002603-80 | www.celpe.com.br

EMPRESA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA 370CENTROS RUBIM
SUL BIPE
55750-000

PERIODO FISCAL	12/2018	DATA DE VENCIMENTO	07/01/2019
DETALHAMENTO	171122018	VALOR (R\$)	154,54
CONTAS CONTRATADAS		PREÇO (R\$)	178,000000
VALOR (R\$)	0,7875364		
Consumo Ativo(kWh)	130,02		
Acescimo Bônus AMARELA	1,72		
Corret. Iur. Pública Municipal	21,18		
ICMS Subvenção-COENF 00250004-040018	0,03		
ICMS Subvenção-COENF 034000714-05/018	0,79		

ÚNICA
10/12/2018
315009

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LÉTIMA	DATA	ATUAL	LEITURA	MÉDIA CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
K024	CAT	08-11-2018	24-09-2018	10-12-2018	24-09-2018	13	1.0000		178,00

MESES ANO	ICMS	BASE (R\$)	%	VALOR DO IMPORTE	VALOR DO CORRETIVO
OCT/18	178	131,71	15%	R\$ 20,50	R\$ 41,39
NOV/18	185	131,71	20,00	R\$ 26,33	R\$ 5,16
DEZ/18	132	131,71	1,00	R\$ 1,32	R\$ 21,89
JAN/19	127	130,74	3,67	R\$ 4,73	R\$ 5,05
FEB/19	121	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 7,41
MAR/19	132	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
ABR/19	146	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
MAY/19	158	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
JUN/19	174	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
JUL/19	172	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
AGO/19	162	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
SETE/19	174	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
OUT/19	172	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
NOV/19	168	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
DEZ/19	162	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39
JAN/20	206	130,74	0,78	R\$ 1,00	R\$ 20,39

INFORMAÇÕES INICIAIS

Data de vencimento: 07/01/2019

Peço que me informe quanto tempo leva para receber a fatura e quanto tempo é necessário para pagar a fatura e também se é possível pagar a fatura em dia útil ou se é necessário pagar a fatura no final de semana. Obrigado.

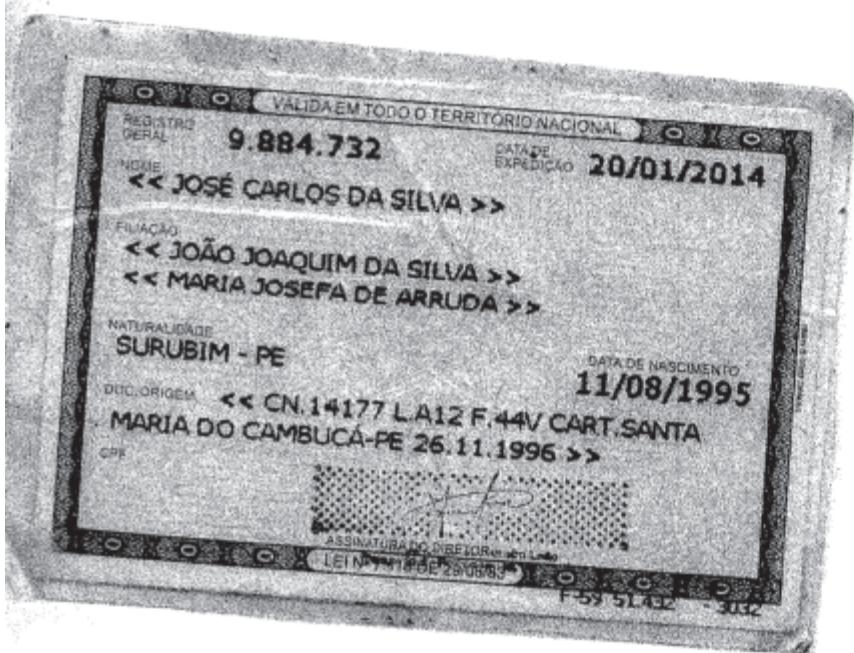
PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

A ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL:	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA DE EMISSÃO 16/12/2015	
ASSINATURA DO PORTADOR	
DATA DE EMISSÃO 28/07/2015	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

A ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL:	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA DE EMISSÃO 16/12/2015	
ASSINATURA DO PORTADOR	
DATA DE EMISSÃO 28/07/2015	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife PE CEP: 52011-000



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011969985210

VIA COD. RENAVAM INTRC EXERCÍCIO
1 542713101 ***** 2015

JOÃO JOAQUIM DA SILVA

STA M CAMBUCA-PE

029-302-164-33 PLACA KIE0247

PLACANT/UF CHASSI
***** 9C2KC1670DR037176

ESPECIE/PRO MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

GAR/POV/CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/149CL PARTIC PRETA

I. IPVA 2015 QUITADO
P. FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
A. ***** 3 *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA
STA M CAMBUCA-PE 28/04/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE NATURESTRE OU POR SUA CARGA APRESENTADA TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 011969985210 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOÃO JOAQUIM DA SILVA

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

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

STA M CAMBUCA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 28/04/15

VIA COD. RENAVAM PLACA
1 542713101 KIE0247

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO/FAB CAT/ANF N° CHASSI

2013 09 9C2KC1670DR037176

PRÉMIO TARIFÁRIO

FINE (R\$) DEN/TRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA A SER PAGO SEGURO (R\$)

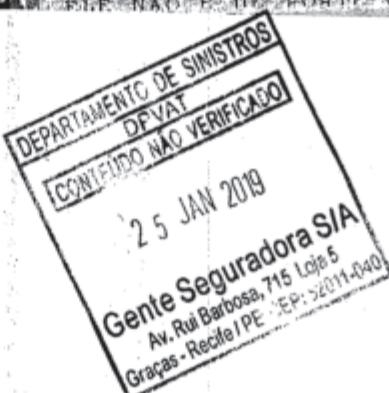
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 00.248.600/0001-04

www.seguradolarider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011969985210

VIA COD. RENAVAM INTRC EXERCÍCIO
1 542713101 ***** 2015

JOÃO JOAQUIM DA SILVA

STA M CAMBUCA-PE

029-302-164-33 PLACA KIE0247

PLACANT/UF CHASSI
***** 9C2KC1670DR037176

ESPECIE/PRO MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

GAR/POV/CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/149CL PARTIC PRETA

I. IPVA 2015 QUITADO VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
P. FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 1*****

M. PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
A. SEGURO PAGO

SEM RESERVA

LOCAL DATA
STA M CAMBUCA-PE 28/04/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE NATURESTRE OU POR SUA CARGA APRESENTADA TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 011969985210 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOÃO JOAQUIM DA SILVA

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

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

STA M CAMBUCA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 28/04/15

VIA COD. RENAVAM PLACA
1 542713101 KIE0247

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO/FAB CAT/ANF N° CHASSI

2013 09 9C2KC1670DR037176

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINE (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA A SER PAGO SEGURO (R\$)

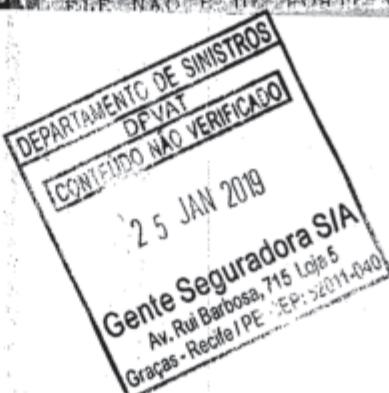
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 00.248.600/0001-04

www.seguradolarider.com.br

DESTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO



IDENTIFICAÇÃO**VÍTIMA** JOSE CARLOS DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 28/10/18

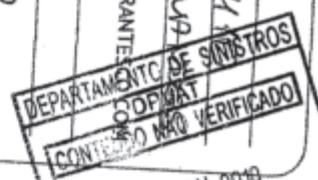
CPF DA VÍTIMA 31814025411

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNADEZ

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTE

A VÍTIMA É () MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

Nº 370 COMPLEMENTO CASA CIDADE SUIZAVIA UF RE BAIRRO CENTRO CEP 55750000 E-MAIL eduardo.silva1990@yahoo.com.br TELEFONE (81) 96650454



25 JAN 2019

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() 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 BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (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 GRANDEZA 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.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

• 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.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ID

IDENTIDADE

DATA

NOME

ASSINATURA

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 718.140.264-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2018

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 718.140.264-10

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: 06/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

SURUBIM (PE), 18 DE FEVEREIRO 2020.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JOSE CARLOS DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3200061911

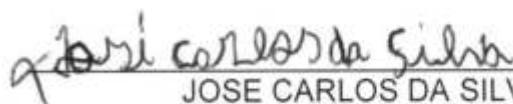
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 28/10/2018, onde sofri FRATURA EXPOSTA EM MINHA Perna DIREITA, FIZ CIRURGIA e todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela LÍDER para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


JOSE CARLOS DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061911 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 28/10/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EXPOSTA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

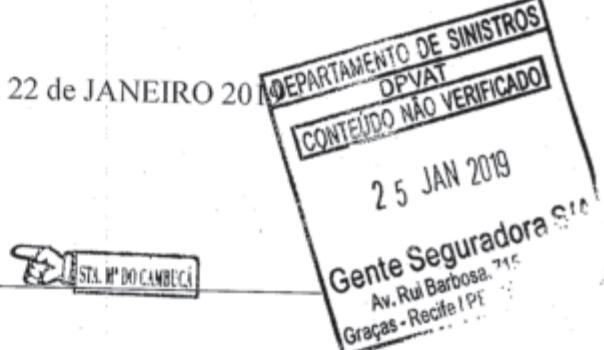
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE CARLOS DA SILVA, portador do RG nº 9.884.732 SDS/PE e CPF 718.140.264-10, brasileiro, alfabetizado, domiciliado e residente no Si Lagoa Doce Dois, 440, Marrecas, Santa Maria do Cambucá - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o **Sr EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 – SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE CARLOS DA SILVA**, portador do CPF 718.140.264-10, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **28/10/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ- PE, 22 de JANEIRO 20

OUTORGANTE: Jose Carlos da Silva
JOSE CARLOS DA SILVA



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201

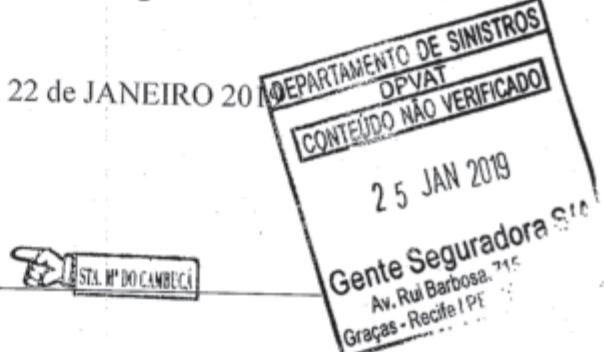
Conheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99, TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE CARLOS DA SILVA, portador do RG nº 9.884.732 SDS/PE e CPF 718.140.264-10, brasileiro, alfabetizado, domiciliado e residente no Si Lagoa Doce Dois, 440, Marrecas, Santa Maria do Cambucá - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o **Sr EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 – SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE CARLOS DA SILVA**, portador do CPF 718.140.264-10, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **28/10/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ- PE, 22 de JANEIRO 20

OUTORGANTE: Jose Carlos da Silva
JOSE CARLOS DA SILVA



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201

Conheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99, TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030458/19

Número do Sinistro: 3190067142

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 28/10/2018

CPF: 718.140.264-10

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/03/2019

Data do cadastramento: 08/03/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 574.940.534-68

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 718.140.264-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2018

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 718.140.264-10

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: 06/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20

Número do Sinistro: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 28/10/2018

CPF: 718.140.264-10

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 20/02/2020

Data do cadastramento: 20/02/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 574.940.534-68

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos