

# 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:

13596265495

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo:  
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Profissão:  
PCC-INF

Endereço:

RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS

Bairro:  
PAO DE ACUCAR

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

E-mail:

Estado:

PE

CPF:

13596265495

Número:

280

Complemento:

CASA

CEP:

55790000

Tel.(DDD):

(81)96650454

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA: [ ]

CONTA: [ ]

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491

CONTA: 26909

8

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia da Seguradora Lider com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

## 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data, Nome, CPF:

Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE/PE  
24/01/19

Nome: José Pedro da Silva Filho  
CPF: 13596265495

(\*) Assinatura de quem assina A BOGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) 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 MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**, CPF-135.962.654-95, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – 0333, REG- 23.638 no dia 25 de novembro de 2018, às 15:h e 48min, no sitio Boqueirão, Município de Brejo da Madre Deus, com queixa de colisão moto com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO ( USB )** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de, imobilização de trauma, verificação de sinais , AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,08 DE JANEIRO 2019

Maria Lenice C. da Silva  
Coordenação SAMU  
M. 00 029



MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA  
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00491

CONTA: 000000026909-8

---

Autenticação:

6CFA6CD19BAD06C0587FE2647D0F044FE415C78EFA80DACBFDBA306901E69E7C



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Bca Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
EDITE MARIA DA SILVA

CPF: 020.355.004-86

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
141388180	UNICA	07/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	2002333442	3847396

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR  
TAQUARITINGA DO NORTE PE  
55790-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7015359751	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/12/2018	04/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	100,75

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73975354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517-03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,69
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54

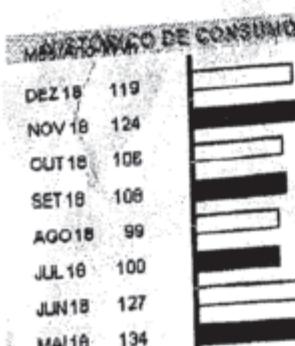


TOTAL DA FATURA

100,75

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
82781838		05-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,00000	119,00



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
PIS	69,21	25,00	22,30
COFINS	69,21	0,78	0,70
	69,21	3,81	3,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	R\$ 25,16	31,67%	
Transmissão	R\$ 4,17	4,57%	
Distribuição (Celpe)	R\$ 19,50	21,86%	
Perdas de Energia	R\$ 6,14	6,85%	
Encargos Setoriais	R\$ 5,02	5,63%	
Tributos	R\$ 28,22	29,39%	
Total	R\$ 89,21	100%	

Consumo Ativo(kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,62155000





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Bca Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
EDITE MARIA DA SILVA

CPF: 020.355.004-86

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
141388180	UNICA	07/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	2002333442	3847396

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR  
TAQUARITINGA DO NORTE PE  
55790-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7015359751	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/12/2018	04/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	100,75

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73975354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517-03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,69
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54

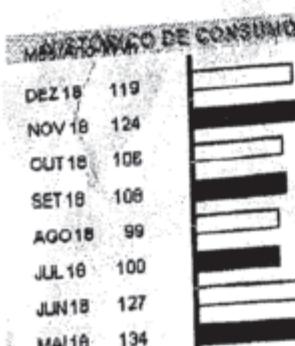
TOTAL DA FATURA

100,75



#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
82781838		05-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,00000	119,00



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
PIS	69,21	25,00	22,30
COFINS	69,21	0,78	0,70
	69,21	3,81	3,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	R\$ 25,16	31,67%	
Transmissão	R\$ 4,17	4,57%	
Distribuição (Celpe)	R\$ 19,50	21,86%	
Perdas de Energia	R\$ 6,14	6,85%	
Encargos Setoriais	R\$ 5,02	5,63%	
Tributos	R\$ 28,22	29,39%	
Total	R\$ 89,21	100%	

Consumo Ativo(kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,62155000



## 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

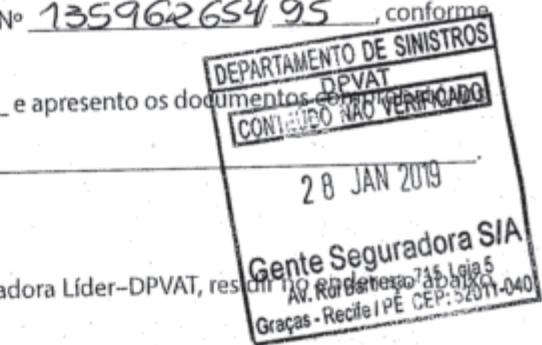
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNADEZ inscrito (a) no CPF 574 940 534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 962 654 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 962 654 / 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_



Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço RUA JOAO BATISTA, 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	Cidade	Número	Complemento
<u>RUA JOAO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASA</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>55750000</u>
Email:		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>ayrguerra1994@yahoo.com.br</u>		<u>(81) 96650454</u>	<u>(81) 81335022</u>

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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

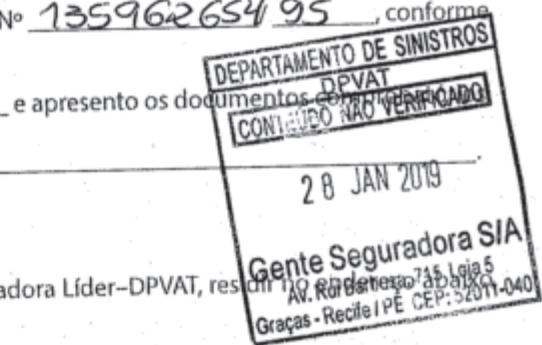
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNADEZ inscrito (a) no CPF 574 940 534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 962 654 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 962 654 / 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_



Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço RUA JOAO BATISTA, 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	Cidade	Número	Complemento
<u>RUA JOAO BATISTA</u>		<u>370</u>	<u>CASA</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>55750000</u>
Email:		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>ayrgm01994@yahoo.com.br</u>		<u>(81) 96650454</u>	<u>(81) 81335022</u>

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva,  
RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com  
domicílio na cidade de Taquaritinga do Norte, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Pernada do Pão de Açúcar, nº s/m,  
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 José Pedro da Silva Filho, cujo o condutor era  
José Pedro da Silva Filho.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda CG 150  
Ano: 2008  
Placa:

Chassi:  
Data do Acidente: 25/11/2018.

Local e Data: Taquaritinga do Norte (PE), 27/12/2018.

José Pedro da Silva

Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho

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



## Declaração do Proprietário do Véculo

Eu, José Pedro da Silva

RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05

Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com domicílio na cidade de FAGUNDES DA NEVES, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Praça do Pão de Açúcar, nº 5/M, 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 José Pedro da Silva Filho, cujo o condutor era José Pedro da Silva Filho.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Kawasaki CG 150

Ano: 2008

Placa: KPT 4683

Chassi: 9C2XC08108R182922

Data do Acidente: 25/11/2018

Local e Data: Vila União em Nossa Senhora (PE), 27/12/2018

José Pedro da Silva

Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO BEM VERIFICADO
04 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva,  
RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com  
domicílio na cidade de Taquaritinga do Norte, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Pernada do Pão de Açúcar, nº s/m,  
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 José Pedro da Silva Filho, cujo o condutor era  
José Pedro da Silva Filho.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda CG 150  
Ano: 2008  
Placa:

Chassi:  
Data do Acidente: 25/11/2018.

Local e Data: Taquaritinga do Norte (PE), 27/12/2018.

José Pedro da Silva

Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho

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





**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. JOSE PEDRO DA SILVA FILHO nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das 17h09min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA  
DIRETOR  
MAT.069043

*José Ademir Pereira*  
Diretor  
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h  
MAT. 514591





**FICHA DE ATENDIMENTO**

RECEPCIONISTA: Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min  
Nome: Joe Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário:

RG: \_\_\_\_\_ Idade: 21 Nascimento: \_\_\_\_\_ Nº SUS \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim Não ( ) Nome: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: : min

PA: 120 x 90 mmHg HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2% 98%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: : min

Doenças preexistentes: \_\_\_\_\_

Alergias: wgc \_\_\_\_\_

Uso de medicações: \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

Apnéia( ); Cianose( ); Estridor( ); PC<50>140( ); FR >32vpm( ); Extremidades frias( ); Pulso fraco( );

Pulso ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( ); Letargia( ); Convulsionando( );

Iresponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intenso( ); Lesão grave( )

Queimaduras >25% de SC ou acrometimento de vias aéreas( ); Hipoglicemia com sudorese intensa( )

OBS: \_\_\_\_\_



**CLASSIFICAR COMO AMARELO:**

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC<50 ou >140( ); PAS<90 ou >190mmhg( ); PAD>130( )

Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas ultimas 24h( ); mucosas ressecadas( )

Queimaduras de 1º e 3º graus em áreas não críticas( ); Abuso sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( );

Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa( ); história até 72h de:

Melena( ); Hematêmesis( ); enterorragia( ); epistaxe( ); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico( );

OBS: \_\_\_\_\_

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( ); Lombalgia intensa( );  
Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, luxações( ); Dor abdominal sem alterações de SSVV( );  
PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas( ); Dor de garganta com  
História de febre e com placas sem toxemia( ).

OBS: *histórico de acidente de moto, traxi pelo chão, relato de dor em corida, mal, dor gorda + dor em região da orelha*

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal( ); Coriza crônica ou  
recorrente( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h ( ); Curativos ou ret. de pontos ( ); Vômitos ou  
diarréia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( ); Administração de medicamentos( );  
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( ).

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

ENCAMINHADO: *Médico*

ASS. E CARIMBO:

*Mayra Oliveira da Silva*  
Referência - Proctologista  
CPF: 510833

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: *Paciente atingiu vítima de conduto resumido com fratura na tibia e úlcera ( ). O mesmo sentiu-se exausto e desidratado, com dor, urinário, urinário, exausto, exausto, 2.2.2. G= 15 ; PFC é instante.*

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica *Politroto*

Conduita: *O SFOIS 5001 (cv) + Transt 50 + DM (cv)*  
*O Transt x de 100 + Unco ( ) + unco.*  
*Enunciado para agravos do traumato e bco.*

*Transt 50  
DM 100  
19/01/2001*

S. E CARIMBO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTA CRUZ  
DO CABIBARIBE

RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Pedro da Silva

Cacominhamento

- Pot / Vítima de acidente motociclista
- tico, moto q/moto deu entrada
  - neste unidade tratado pelo SAMU
  - Pct / Referiu dor no mandíbula e ombro (D).
  - RX - Foi detectada fratura na mandíbula e cabeça do úmero do ombro (D)
  - EG - Paciente consciente, mas consciente e orientado
  - Solicito avaliação do traumatologista.

Data:

25/11/2018

Grato,

Tiago Costa de Almeida  
Médico  
CRM-PB 19881  
MELE

Nome:  
Medicamentos

HRIA

Rg

DEV/HIA : 5564256

Data:



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA RESUMO DE ALTA

Nome: José Pedro de Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO:

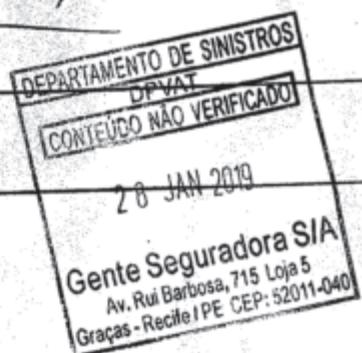
Fratura completa da mandíbula (parâmetros ② e ③)

Mandibular)

### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ritorno ao ambulatório de Dr. Ariston Viana, dia

18/12/18 7 horas



### TRATAMENTO REALIZADO:

Ostetrizante da fratura da mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Joelma Andrade  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal-Maxilar  
CRM/PE 12352

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data Nasc.: 08/03/1995 Idade: 24

CPF: RG:

Endereço: RUA SANTA LUZIA

Bairro: PAO DE ACUCAR

CEP: 55790000 Fone: 996906168

Nome da Mãe: ERINEIDE BARBOSA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ODONTOLOGIA C TRAUM.B.M.F

Atendimento: 487829

Prontuário: 330102

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:

CNS: 898004987477752

Nº: 33

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Estado: PE

Profissão: AUTONOMO

2 - ATENDIMENTO

Data: 05/12/2018 23:40

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Caixa Principal / HRA:

*Sinale de morte*

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

*1. M.º Coração de morte 1º v.º 1º v.º em 12 díz*

*2. Dorsos*

Diag. Provisório:

*Dr. Pedro  
CRF-PE 171*

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário



COOPERATIVA DOS MÉDICOS  
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

## FICHA DE ANESTESIA

N 205515

VALOR

NAME	Fábio da Silva Filho			REGISTRO	20102		CATEGORIA	SUS	
HOSPITAL	HCA			SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	IDADE	23	DATA	
DIAGNÓSTICO P/TE OPERATÓRIO	Fratura mandibular com deslocamento			PESO	65	PA	127x60	RESPIRAÇÃO	
DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO	+ anestesia			TEMP	36.5	RR	16/min	HR	
OPERAÇÃO PRINCIPAL	Osteosíntese placa e parafuso mandíbula			CÓDIGO CIRÚRGICO			PERÍODO		
OPERAÇÃO REVISÃO	+ anestesia								
DATA	19/05	19/05	19/05						
ECG R-R S-T ST T-P RS	RS RS RS RS RS RS RS								
SEF	- - - - -								
MS									
SP02	100 100 100 100 100 100 100								
ECD	21 22 23 24 25 26 27								
LACUNAS	10 10 10								
200	200	200	200						
180									
160									
140									
120									
100									
80									
60									
40									
20									
0									
NOTA/DESEJO									

AGENTS	QTD.	QUANTITATE	REAGAGESTE	Resuscitação de paciente adulto admitida 3 horas fa. d. ressuscitação e por 10-15 segundos com 100% de O2 e uma concentração de CO <sub>2</sub> 4-5% resp. M. 50% de O2 seguidamente e com pa- rada				
Proxim	100							
Praxax	100							
Adrenalina	100							
Bicarbonato	100							
Mg-A	100							
Atropina	100							
Gentamycin	100							
Lorazepam	100							
Levamisole	100							
DURACAO DA OPERACAO					DURACAO DA ANESTESIA			
<input type="checkbox"/> CARDIOMOTOR	<input checked="" type="checkbox"/> CARDIACO	<input type="checkbox"/> PUL.	<input type="checkbox"/> VESICAL	<input type="checkbox"/> TEPERATURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENDOCRINICO	<input type="checkbox"/> RESPIR	
<input type="checkbox"/> DIASTOLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HORMONAL	<input type="checkbox"/> RIA	
<input type="checkbox"/> TENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR	<input type="checkbox"/> UTI	
LIMA ARTERIAL				MONITOR DO ESTADO CRERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BONOLINTO	<input type="checkbox"/> CIRURGICO	
					<input type="checkbox"/> INFLAM			

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	José Pedro da Silva Filho		Nº do Registro:	330102
Clinica:	BRF		Nº do Leito:	82
Operador:	Dr. Antônio Vieira			
1º Assistente:	A. Durval Covalevski	2º Assistente:	Dr. petrus Fumondes	
Instrumentador:	Dr. Luizão Nunes		Anestesiista:	
Anestesia:			Duração:	
Data de Operação:	Inicio:	Término:		
Diagnóstico Pró-Operatório:	Fratura complexa de mandíbula			
Diagnóstico Pós-Operatório:	O mesmo			
Operação Proposta:	Osteosíntese de paciente com fratura complexa de mandíbula			
Operação Realizada:	O mesmo			

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) paciente em ORT + rotomáscara geral
- (2) Anestesia + Antinóxido + Apoio dos campos cirúrgicos
- (3) Injeção local infiltrativa + injeções de tempo osteopráxico
- (4) Incisão + dissecção + descolamento + exposição dos fracos da patela
- (5) 6 MM com 2.0 (2to) profunhos verticais 2.0 mm
- (6) Rendição 1 fixação de patela com 2x4 (quatro) placas rutas 2.0 mm + braçalux
- (7) Trifogada copiar com SF 0,4x
- (8) Suturar
- (9) Remoção do tempo osteopráxico
- (10) Curativo

Prof. Antônio Vieira Segundo, PhD  
 Cirurgião Buc-Maxilo-Facial  
 Matri. HRA-2454  
 CRO-PE 0711



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. JOSE PEDRO DA SILVA FILHO nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das 17h09min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA  
DIRETOR  
MAT.069043

*José Ademir Pereira*  
Diretor  
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h  
MAT. 514591



**FICHA DE ATENDIMENTO**

Dens 47 fm

RECEPCIONISTA: Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min

Nome: Joe Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário:

RG: \_\_\_\_\_ Idade: 21 Nascimento: \_\_\_\_\_ Nº SUS \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim Não ( ) Nome: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

DADOS DA TRIAGEM: (Técnico de enfermagem) Horário: : min

PA: 120 x 90 mmHg HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2% 98%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: : min

Doenças preexistentes:

Alergias: wgc

Uso de medicações:

**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

Apnéia( ); Cianose( ); Estridor( ); PC<50>140( ); FR >32vpm( ); Extremidades frias( ); Pulso fraco( );  
Pulso ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( ); Letargia( ); Convulsionando( );  
Iresponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intenso( ); Lesão grave( );  
Queimaduras >25% de SC ou acrometimento de vias aéreas( ); Hipoglicemia com sudorese intensa( )

OBS: \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAR COMO AMARELO:**

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC<50 ou >140( ); PAS<90 ou >190mmhg( ); PAD>130( );  
Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas últimas 24h( ); mucosas ressecadas( );  
Queimaduras de 1º e 3º graus em áreas não críticas( ); Abuso sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( );  
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa( ); história até 72h de:  
Melena( ); Hematêmese( ); enterorragia( ); epistaxe( ); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico( );

OBS: \_\_\_\_\_

Idoso com queixas ( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( ); Lombalgia intensa( );  
Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, luxações( ); Dor abdominal sem alterações de SSVV( );  
PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas( ); Dor de garganta com  
História de febre e com placas sem toxemia( ).

OBS: Intima de acidente de moto, trocou pelo DRTV, relato da em sorveteria; o grande + da em ruas da calica

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal( ); Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h( ); Curativos ou ret. de pontos( ); Vômitos ou diarreia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( ); Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( ).

DBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

ENCAMINHADO: WOL

ASS. E CARIMBO;

**Maria Fernanda Siqueira - Procuradora  
CRA-PI: 510833**

## ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

## MÉDICO:

Histórico do paciente: Paciente alusivo com história de endote vesicular com traumas na área e úlcera ♂ 0 meso  
mucosa - x selarinho, barro brilhante, cruentos, exsudativos,  
2.2.2. GE 15 : PFC e inscure.

#### **Exame Físico:**

## Hipótese diagnóstica

Conduta: ① SF 0,3% 500 L (n) + Transtol 50 g 01 L (m)  
② Flavo X de 100g + Uvina (n) + cítricos.  
Enrolar para arredor do trânsito e bico.

~~Transferred to Annex  
CRM-PH 19801~~

S. E CARIMBO



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTA CRUZ  
DO CABIBARIBE

RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Pedro da Silva

Cacominhamento

- Pot / Vítima de acidente motociclista
- tico, moto q/moto deu entrada
  - neste unidade tratado pelo SAMU
  - Pct / Referiu dor no mandíbula e ombro (D).
  - RX - Foi detectada fratura na mandíbula e cabeça do úmero do ombro (D)
  - EG - Paciente consciente, mas consciente e orientado
  - Solicito avaliação do traumatologista.

Data:

25/11/2018

Grato,

Tiago Costa de Almeida  
Médico  
CRM-PB 19881  
MELE

Nome:

Medicamentos

HRA

Rg

DEV/HIA : 5564256

Data:



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA RESUMO DE ALTA

Nome: José Pedro de Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO:

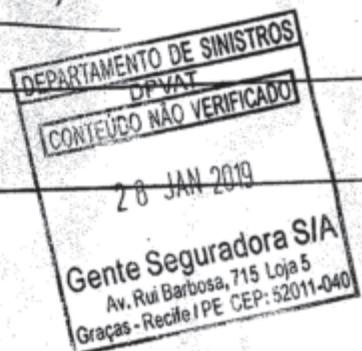
Fratura completa da mandíbula (parâmetros ② e ③)

Mandibular)

### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ritorno ao ambulatório de Dr. Ariston Viana, dia

18/12/18 7 horas



### TRATAMENTO REALIZADO:

Ostetrizante da fratura da mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Joelma Andrade  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal-Maxilar  
CRM/PE 12352

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

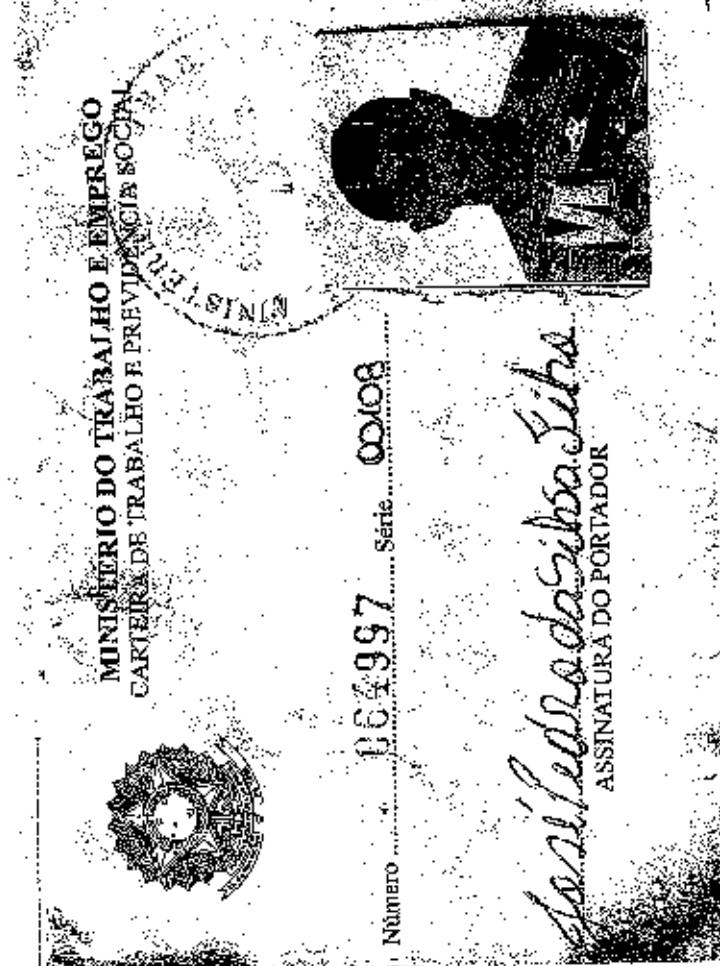
Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO

22 SAMONIA GRANDIS Eti PB TAN 08.08.08 MFG

Debt: Net Assets \$1,000,000

TEAM MEMBERS

ESTATE PLANNING

卷之三

Chegada ao Brasil em ..... / ..... Doc. Iadem

Estado...  
Exib. em... /

卷之三

THE BOSTONIAN SOCIETY 223

Beta Equulei

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

DD

PHYSICS

ITALIA

284

188

J. D. WATSON

E S  
T  
A  
N  
G  
U  
A  
R  
D  
E  
L

RIF  
2018  
DE

TR  
ICA  
19  
do  
115  
DF

S1

الكتاب المقدس

卷之三



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SMTX-A-TE	Nº do Reg. Federal	ANTR.C.	EXERCÍCIO
1	968964974	*****	2018

JOSE PEDRO DA SILVA

NOME

TORITAMA - PE

0

PLACA / CNPJ

972.076.244-68	PLACA
RPTP4689	CHASSI
9C2KCG001010922	ESPECIE / TIPO
MOTOR/CICLOLETIA/MOTO-TAN GASOLINA	MARCA / MODELO
HONDA / CG 150 TITAN ES	CAP / POT / CIL.
2 P / 1490 L	CATEGORIA
A1/UGUEL	ANO FAB.
2008	ANO MOD.
2008	COR PRINCIPAL/SEC.
PRETA	PERÍODO

PLACA ANT / UF / P.E.

9C2KCG001010922

COMBUSTÍVEL

GÁS / MOTOCICLETAS/MOTO-TAN GASOLINA

HONDA / CG 150 TITAN ES

2 P / 1490 L

A1/UGUEL

2008

2008

PRETA

2008

9C2KCG00108R182922

RENAVAM

968964974

HONDA / CG 150 TITAN ES

Nº CHASSI

9C2KCG00108R182922

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

I	IPVA 2013	QUITADO	VENC. COTA UNICA	1º VENC./COTAS
P	FAIXA IPVA	1	PARCELAMENTO / COTAS	2º VENC./COTAS
V				3º VENC./COTAS

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — ICF (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURADO PAGO

PAGAMENTO

CUSTO DO BILHETE (R\$) —

SEGURADO PAGO

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELA DO BILHETE (R\$) —

DATA DE QUITAÇÃO

DATA DE PAGAMENTO



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 013932982702 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE PEDRO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

0

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 20/03/18

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.246.008/0001-04

DESTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PÔRTA CORRIDA

Diretor Presidente PETRÁPOLIS

Charles Andrews Souza Ribeiro

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SMTX-A-TE	Nº do Reg. Federal	ANTR.C.	EXERCÍCIO
1	968964974	*****	2018

JOSE PEDRO DA SILVA

NOME

TORITAMA - PE

PLACA

RPTP4689

CHASSI

9C2KCG010101922

COMBUSTÍVEL

gas / motozileta/moto-tan gasolina

ESPECIE TIPO

DAS / MOTOCICLETA/MOTO-TAN GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB.

2008

ANO FAB.

2008

CATEGORIA

A1/UGUEL

COR PRINCIPAL/SEC.

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2013 QUITADO

VENC. COTA UNICA

1º \* \* \* \* \*

2º \* \* \* \* \*

3º \* \* \* \* \*

4º \* \* \* \* \*

5º \* \* \* \* \*

6º \* \* \* \* \*

7º \* \* \* \* \*

8º \* \* \* \* \*

9º \* \* \* \* \*

10º \* \* \* \* \*

11º \* \* \* \* \*

12º \* \* \* \* \*

13º \* \* \* \* \*

14º \* \* \* \* \*

15º \* \* \* \* \*

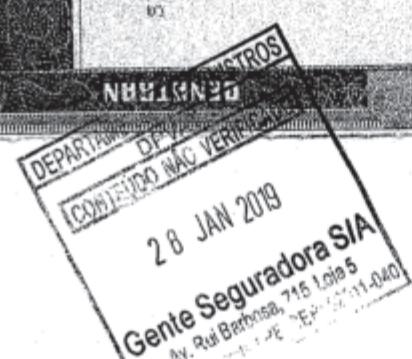
16º \* \* \* \* \*

17º \* \* \* \* \*

18º \* \* \* \* \*

19º \* \* \* \* \*

20º \* \* \* \* \*



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 013932982702 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE PEDRO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	20/03/18

TORITAMA - PE

PLACA

RPTP4689

CHASSI

9C2KCG010101922

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB.

2008

ANO FAB.

2008

CATEGORIA

A1/UGUEL

COR PRINCIPAL/SEC.

PRETA

FABRICANTE

HONDA

RENAVAM

968964974

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN ES

NR CHASSI

9C2KCG0108R182922

PRÊMIO TARIFÁRIO	DETALHAR	CUSTO DO SEGURO (R\$)
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	FABRICANTE (R\$)	10F (R\$)
SEGURADO PAGO	PAGAMENTO	PARCELADO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURADO PAGO

PAGAMENTO

PARCELADO

CUSTO DA RESERVA

SEM RESERVA

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.246.008/0001-04

DATA / 18  
20/03/18  
DESENHO  
Charles Andrews Souza Ribeiro  
Presidente, DETRAN-PE  
ESTÁQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO PODE SER COPIADO

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

VITIMA JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO  
DATA DO ACIDENTE 25/11/18 CPF DA VITIMA 135 962 654-9  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERUANE  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARAN  
A VITIMA É \_\_\_\_\_  
ENDERECO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA

28 JAN 2019

**Gente Segura**, 745 Loja 5  
Rui Barbosa, 52017-040  
CEP: 52017-040  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA  
DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
CÓPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
TAMANHO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O  
TAMANHO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
ANEXOS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA  
SIMPLES E LEGÍVEL)  
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA  
(ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE  
CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

**NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE ABSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

**- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVE  
DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEXICO)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

( ) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, O

**- INFORMAÇÕES IMPORTANTES —**

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.300,00. ESE VALOR VARIAR CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIAR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO VALORES DE INDENIZAÇÃO

  - Morte = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

## - INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

~~DATA~~

SSINATURA \_\_\_\_\_  
DENTIDADE \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**  
DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

**Vítima:** JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

**CPF:** 135.962.654-95

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/11/2018

**Titular do CPF:** JOSE PEDRO DA SILVA  
FILHO

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## 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 PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

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: 03/12/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190672804      **Cidade:** Taquaritinga do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE PEDRO DA SILVA FILHO      **Data do acidente:** 25/11/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA.  
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA PG. 3, DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

**Sequelas permanentes:** LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>16,25 %</b>	<b>R\$ 2.193,75</b>

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açucar, Taquaritinga do Norte - 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 PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/11/2018**, 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.

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018

OUTORGANTE: *X José Pedro da Silva Filho*  
**JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açucar, Taquaritinga do Norte - 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 PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/11/2018**, 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.

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018

#### **OUTORGANTE:**

~~José Pedro da Silva Filho~~  
**JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031323/19

Número do Sinistro: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2018

JOSE PEDRO DA SILVA  
FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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: 04/02/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

**Vítima:** JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

**CPF:** 135.962.654-95

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/11/2018

**Titular do CPF:** JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## 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 PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

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](http://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: 03/12/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072596**

**Vítima:** JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

**Data do Acidente:** 25/11/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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](http://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, 30 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190072596**

**Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 25/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

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](http://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, 05 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190672804**

**Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 25/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

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.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 15 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190672804** Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

**Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

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\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

25%  
Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%  
Valor a indenizar:  $6,25\% \times 13\,500,00 =$  R\$ 843,75

Receptor: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 341

Agência: 000000491

Conta: 0000026909-8

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.

# 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:

13596265495

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo:  
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Profissão:  
PCC-INF

Endereço:

RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS

Bairro:  
PAO DE ACUCAR

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

E-mail:

Estado:

PE

CPF:

13596265495

Número:

280

Complemento:

CASA

CEP:

55790000

Tel.(DDD):

(81)96650454

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491

CONTA: 26909

8

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia ou definitiva com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

## 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data:	TAQUARITINGA DO NORTE/PE
Nome:	José Pedro da Silva Filho
CPF:	2410119

Local e Data, *TAQUARITINGA DO NORTE/PE*  
*24/10/119*

Assinatura de quem assina A BOGO

*A José Pedro da Silva Filho*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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:

13596265495

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo:  
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Profissão:  
PCC-INF

Endereço:

RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS

Bairro:  
PAO DE ACUCAR

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

E-mail:

Estado:

PE

CPF:

13596265495

Número:

280

Complemento:

CASA

CEP:

55790000

Tel.(DDD):

(81)96650454

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA: [ ]

CONTA: [ ]

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491

CONTA: 26909

8

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia da Seguradora Lider com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

## 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data, Nome, CPF:

Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE/PE  
24/01/19

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A BOGO

*A José Pedro da Silveira Filho*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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.



500688

0031323/19

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

**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130º CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ºCIRCO  
DINTER1/17ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0220000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2019 às 12:12

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2018 às 16:00**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSCOVITO - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pesos(s) envolvidos(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA ( AUTOR ) AGENTE  
JOSÉ PEDRO DA SILVA ( OUTRO )  
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) cidadão(s): JOSE PEDRO DA SILVA  
**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) cidadão(s): JOSIVALDO CLEMENTE

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

**JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ERINEIDE BARBOSA DA SILVA Pai: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 8/8/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

**JOSÉ PEDRO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 15/9/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOCAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

#### **Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**.

**CATEGORIA/MARCA/MODELO:** MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não  
**COR:** PRETA Quantidade: 1 / UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Revalidam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PGC1332 (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

### Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO

**CAPIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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

José Pedro da Silva Leite

**JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matrícula: 3875342





500688

0031323/19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ª CIRC  
DINTER1/17ª DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000024**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/01/2019 às 12:12**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2018 às 16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSQUETEIRO - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA ( AUTOR / AGENTE )  
 JOSÉ PEDRO DA SILVA ( OUTRO )  
 JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ PEDRO DA SILVA  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA

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

**JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão)** - Sexo: MasculinoMãe: ERINEIDE BARBOSA DA SILVA Pai: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 8/8/1995 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: MasculinoMãe: , Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: MasculinoData de Nascimento: 15/9/1995 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOCAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**

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

**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC1332** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO**



**CAPIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) na unidade policial

José Pedro da Silva Filho

**JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matrícula: **3875342**



# 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:

13596265495

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo:  
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Profissão:  
PCC-INF

Endereço:

RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS

Bairro:  
PAO DE ACUCAR

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

E-mail:

Estado:

PE

CPF:

13596265495

Número:

280

Complemento:

CASA

CEP:

55790000

Tel.(DDD):

(81)96650454

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491

CONTA: 26909

8

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia da Seguradora Lider com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

## 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data:	TAQUARITINGA DO NORTE/PE
Nome:	José Pedro da Silva Filho
CPF:	24101119

Local e Data, *TAQUARITINGA DO NORTE/PE*  
*24/10/119*

Assinatura de quem assina A BOGO

*A José Pedro da Silva Filho*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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.