



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, 151, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Inscrição Estadual 2005943-23 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALFRED WOODWARD MADE A FRIENDS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

REFERENCES AND NOTES

CFP 1945 234 444-04

CENTRO DE
SURUIM
SURUIM PE
#5780-000

WZ-2A-NOTA-FISCAL
07/01/2019

CONT. CED. CED. NÚM.	7005749888	MES/ANIO	10/2019
DATOS DE REFERENCIA	14/10/2019	DETALLE	
TOTAL A PAGAR (RS)	102,74		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VW)	1100.000000	0,01000000	87,55
Acessório Bandeira AMARELA			0,50
Acessório Bandeira VERMELHA			0,01
Centro de Mesa Plástico Municipal			5,54
ICMS Instrumen CCE-IF 086C347/78-04/07/19			0,79
ICMS Subvenção CCE- IF 077044292-08/08/19			0,00
Multa por atraso-NF 070448284 - 04/09/19			1,35
Junta por atraso-NF 075948204- 04/09/19			0,11

TOEPLITZ OPERATORS

102.74

DIMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
KIOLIA 450000-6	DATA LEITURA	10/10/2019 26.130,00	10/10/2019 26.237,00	33	1.00000		166,00

— 1 —

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Год	Компания	Прибыль
2018	НЛМК	108
2018	СЕТИ	81
2018	АДОИЗ	112
2018	ДСК	713
2018	ДЭМ	982
2018	ММК	153
2018	АВИЛ	172
2018	ММБ	188
2018	РУСАЛ	162
2018	СИБУР	113
2018	Газпром	179
2018	Мечел	185

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
	RÁTIO DE CALCULO	%	VALOR IMPORTE
ICMS	0,06	26,00	23,16
PIS	0,06	1,20	1,08
COFINS	0,06	5,99	5,49

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Álcool de Energie	R\$ 29,49	31,07%
Carne	R\$ 3,73	3,47%
Bebida (Café)	R\$ 18,81	21,07%
Álcool de Energie	R\$ 9,17	9,53%
Carne	R\$ 4,31	4,85%
Bebida (Saborosa)	R\$ 28,98	32,27%
Total	R\$ 92,88	100%

卷之三

—
—

As condições gerais de
funcionamento da economia
e a política fiscal, produzida
por essa mesma estrutura de
potestes e de despotismos, para
o qual é, entretanto, impossível
aplicá-la a todos.

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 JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE VITOR SANTOS PEDROZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE VITOR SANTOS PEDROZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	RUA JOÃO BATISTA	Número	370	Complemento	CASA
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	Estado	PE
Email	AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial(DDD)	81-99665-0454	Telefone celular (DDD)	81-98133-5022

VERENTES, 05 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

VÍTIMA:



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 IVANILDO SANTOS TIMOTEO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSE PESSOA DE LIMA 220

CPF: 944.377.344-91

BRASILIA/VERTENTES
 VERTENTES PE
 55770-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO
7033287822 MÊS/ANO
08/2019

Nº DA NOTA FISCAL 075406227	SÉRIE ÚNICA	EMISSÃO 28/08/2019
--------------------------------	----------------	-----------------------

DATA DE VENCIMENTO 04/09/2019	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 26/09/2019
---	--

APRESENTAÇÃO 28/08/2019	Nº DO CLIENTE 2016827123	Nº DA INSTALAÇÃO 3073425
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

TOTAL A PAGAR (R\$)	217,77
---------------------	---------------

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo(kWh)	239,0000000	0,77545172	185,33	
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,32	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,59	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,87	
Multa por atraso-NF 071550773- 29/07/19			2,30	
Juros por atraso-NF 071550773- 29/07/19			0,26	
Atualização IGPM-NF 071550773- 29/07/19			0,10	

TOTAL DA FATURA

217,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR 50260128	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA 28-07-2019	LEITURA 22.319,00	ATUAL DATA 28-08-2019	LEITURA 22.558,00	Nº DE DIAS 30	CONSTANTE 1.00000	AJUSTE	CONSUMO (kWh) 239,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
AGO18	238		ICMS	198,24	25,00	49,56	Despesa de energia	R\$ 65,75 34,09%
JUL19	144		PIS	198,24	0,74	1,46	Transmissão	R\$ 6,90 3,48%
JUN19			COFINS	198,24	3,42	6,77	Distribuição (Celpe)	R\$ 41,81 21,09%
MAI19							Perdas de Energia	R\$ 13,17 6,84%
ABR19							Encargos Setoriais	R\$ 9,82 4,95%
MAR19							Tributos	R\$ 57,79 29,15%
FEV19							Total	R\$ 188,24 100%
JAN19								
DEZ18								
NOV18								

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000 TARIFAS APLICADAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 167.065.814-70 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:	JOSE VITOR SANTOS PEDROZA		6 - CPF:	167.065.814-70	
7 - Profissão:	REC INF	8 - Endereço:	RUA JOSE PESSOA DE LIMA	9 - Número:	220
11 - Bairro:	BRASILIA	12 - Cidade:	VERTENTES	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:	AFSEGUROS_1994@YAHOO.COM.BR			14 - CEP:	55770-000
16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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: _____

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceu (vai nascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos?: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Varginhas 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HMJS
Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES –PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que JOSÉ VÍTOR SANTOS PEDROSA, residente no Sítio Riacho Direito do Município de Vertentes, portador do RG. Nº 10.730.636 SDS/PE, foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/09/2019, quando deu entrada na emergência desta Unidade Hospitalar, onde recebeu os primeiros cuidados, conforme cópia de seu Prontuário, anexa.

Vertentes, 22 de setembro de 2019.

[Handwritten signature]
M^a de Fátima C Moura
Secretária
Apami Vertentes
ZF 165 710 374-91

HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES
Avenida Coronel Braz Buzerra, 153 - Centro
CNPJ - 11.926.300/0001-12
APAMI - Vertentes - PE

FICHA DE PACIENTE

Pontuário 927
Data/Hora 05/09/2019, 17:32:

Name JOSE VITOR SANTOS PEDROSA	CPF	Sexo Masculino	
Profissão	Registro Geral		
Cartão PIS 200,6408,0743,0002	Estado Civil Solteiro(a)	Cor / Raça PARDA	Nascimento 13/04/2001
Logradouro SITIO RIACHO DIREITO	Mae IVANILDA SANTOS PEDROSA		
Bairro SITIO	Pai SEVERINO DINIZ PEDROSA		
Cidade Vertentes - PE			

HD: Primeiro filho de Adairice e Severino, Nasc. Vitor em 13/04/2001, peso 3,100 kg, altura 50 cm, sexo masculino.
Peso: 18,000 kg
Altura: 120 cm
Idade: 18 meses

ABD: LIVRE, SEM SINAIS DE INFLAMAÇÃO
FC: 81 BPM SAT: 98% PA:

CONDIC: ① corporal LM+IM
② Tórax LM+IM+100%SFSL RV.

Dra. Gustavo Lima
Médico
CRM-PE 27495

HR: - transm. → 5764634
arrrr: 09/09/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
 DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0221000632**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019 às 16:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/9/2019 às 17:10**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARTUR RODRIGUES DOS SANTOS, 1** - Bairro: **CENTRO** -
VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (OUTRO)
 JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**

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

JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA SANTOS PEDROZA** Pai: **SEVERINO DINIZ PEDROZA** Data de Nascimento: **13/4/2001** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTES, 220, RUA JOSÉ PESSOA DE LIMA, 220, BRASÍLIA, VERTENTES-PE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDV6176** (PERNAMBUCO/VERTENTES) Renavam: **109030603** Chassi: **9C2JB0100GR504001**
 Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE TRANSITAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA PELA RUA ARTHUR RODRIGUES DOS SANTOS, MOMENTO EM QUE COLIDIU DE FREnte COM O DESCONHECIDO, O QUAL VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. COM A COLISÃO SOFREU LESÕES EM SEU PÉ DIREITO. É RELATADO QUE LOGO APÓS O ACIDENTE FOI DADO ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL DR JAIME SANTANA, LOCALIZADO NA CIDADE DE VERTENTES E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO..

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

José Vitor Santos Pedroza

**JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **Valeriano José Barboza Neto** - Matrícula: **3869997**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 167.065.814-70 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:	JOSE VITOR SANTOS PEDROZA		6 - CPF:	167.065.814-70	
7 - Profissão:	REC INF	8 - Endereço:	RUA JOSE PESSOA DE LIMA	9 - Número:	220
11 - Bairro:	BRASILIA	12 - Cidade:	VERTENTES	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:	AFSEGUROS_1994@YAHOO.COM.BR			14 - CEP:	55770-000
16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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: _____

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceu (vai nascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos?: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Varginhas 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704279

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054201/20

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 10/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.730.636 SDS/PE CPF: 167.065.814-70
DATA DO ACIDENTE: 05/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
ENDEREÇO: RUA JOSE PESSOA DE LIMA, 220, BRASILIA, VERTENTES-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

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

VERTENTES - PE 24 DE SETEMBRO 2019.

X José Vitor Santos Pedroza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA NOTARIAL
E REGISTRAL
VERTENTES - PE

Rua Prof. Jose Alves Cavalcanti, 30 - Centro - Vertentes - PE
Fone: (81) 3734-1027 - E-mail: sivertentes@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE VITOR SANTOS
PEDROZA/ Douf & Vertentes-PE, 24/09/2019.

Em testemunha da verdade. *AELSON SOARES
BARBOSA - Substituto. (EmolR\$ 3,81. TSNR: R\$ 0,80.
FERC: 0,40. ISS: 0,08 FERM: 0,04. FUNSEG: 0,08).
Selos: 0152405.YLJD820190101488.

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



Aelson Soares Barbosa
Substituto.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054201/20

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 10/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013934830748
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA		
VERTENTES-PE		
CPF / CNPJ	PLACA	
011.522.044-59	PDV6175	
PLACA ANT. / UF	CHASSI	
***** / PE	9C2JB0100GR504001	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
/MOTOCICLETA	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAZ.	ANO MFG.
BR/POP 110I	2016	2011
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
109CL	PARTIC	VERMELEA
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
IPVA 2018 QUITADO		1* *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****
	*****	3* *****

- PRÉMIO TABELEIRO (R\$) — DE R\$ — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

SEGUNDO PAGO

- OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS SAC HONDA LTD.

DATA 27/02/18
VERVENTES Officer
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Deputado estadual do PERNAMBUCO

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

PE Nº 013934830748 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA
SITIO RIACHO DIREITO RURAL 01 55770-000
CASA SERRA DA CACHOEIRA VERTENTES-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1	CPF / CNPJ 011.522.044-59	PLACA PDV6176	
RENAVAM 1090306030		MARCA / MODELO HONDA/POP 110I	
ANO FAB. 2016	CAT. INSS. 09	Nº CHASSI 9C2JB0100GR504001	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) <input type="text"/>	DENATRAN (R\$) <input type="text"/>	CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="text"/>	
CUSTO DO BILHETE (R\$) <input type="text"/>		IOF (R\$) <input type="text"/>	TOTAL PREÇO PÓD. SEGURO (R\$) <input type="text"/>
SEGURO PAGO <input type="checkbox"/>	PAGAMENTO <input type="checkbox"/>	DATA DEQUITAÇÃO <input type="checkbox"/>	
COTA ÚNICA <input type="checkbox"/>		PARCELADO <input type="checkbox"/>	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.340.006/0001-04

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE OPVAT
ELE SERÁ DE PORTE OBRIGATÓRIO.**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704279 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉCICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704279 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉCICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

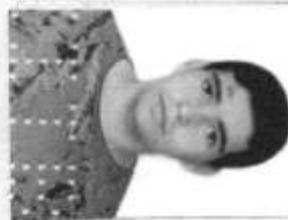
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO JAVARES BONIF.



EC5

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
TÍTULO
Nº.
NOME:

10.730.636

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/12/2017

<< JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA >>

PAI/AO:

<< SEVERINO DINIZ PEDROSA >>
<< IVANILDA SANTOS PEDROZA >>

MUNICÍPIO:

VERTENTES - PE

DATA DE NASCIMENTO

13/04/2001

CÓD. DRESEN << 075531 01 55 2001 1 00015 202
0017315 41 VERTENTES-PE >>

CPF:

Paulo de Carvalho

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO JAVARES BONIFACIO

LEONEL VILLELA DE CARVALHO

DELEGADO DE POLÍCIA

101802607080 1092946.7839732 GERENTE DO IIBI F-78 51.250 - 4629

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF

(Valido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 167.065.814-70

Nome: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Data de Nascimento: 13/04/2001

Comprovante emitido as 10:34:05 do dia
18/09/2019 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:

6400.A357.5000.CB5C

Dígito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:

<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: CORREIOS

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 JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE VITOR SANTOS PEDROZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE VITOR SANTOS PEDROZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 167.065.814 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

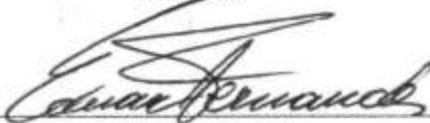
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	RUA JOÃO BATISTA	Número	370	Complemento	CASA
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	Estado	PE
Email	AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial(DDD)	81-99665-0454	Telefone celular (DDD)	81-98133-5022

VERENTES, 05 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
 DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0221000632**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2019 às 16:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/9/2019 às 17:10**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARTUR RODRIGUES DOS SANTOS, 1** - Bairro: **CENTRO** -
VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (OUTRO)
 JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**

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

JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA SANTOS PEDROZA** Pai: **SEVERINO DINIZ PEDROZA** Data de Nascimento: **13/4/2001** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTES, 220, RUA JOSÉ PESSOA DE LIMA, 220, BRASÍLIA, VERTENTES-PE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDV6176** (PERNAMBUCO/VERTENTES) Renavam: **109030603** Chassi: **9C2JB0100GR504001**
 Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE TRANSITAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA PELA RUA ARTHUR RODRIGUES DOS SANTOS, MOMENTO EM QUE COLIDIU DE FREnte COM O DESCONHECIDO, O QUAL VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. COM A COLISÃO SOFREU LESÕES EM SEU PÉ DIREITO. É RELATADO QUE LOGO APÓS O ACIDENTE FOI DADO ENTRADA NO HOSPITAL MEMORIAL DR JAIME SANTANA, LOCALIZADO NA CIDADE DE VERTENTES E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO..

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

José Vitor Santos Pedroza

JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: Valeriano José Barboza Neto - Matrícula: 3869997



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 167.065.814-70 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:	JOSE VITOR SANTOS PEDROZA		6 - CPF:	167.065.814-70	
7 - Profissão:	REC INF	8 - Endereço:	RUA JOSE PESSOA DE LIMA	9 - Número:	220
11 - Bairro:	BRASILIA	12 - Cidade:	VERTENTES	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:	AFSEGUROS_1994@YAHOO.COM.BR			14 - CEP:	55770-000
16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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: _____

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceu (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Varginhas 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 167.065.814-70 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

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

5 - Nome completo:	JOSE VITOR SANTOS PEDROZA		6 - CPF:	167.065.814-70	
7 - Profissão:	REC INF	8 - Endereço:	RUA JOSE PESSOA DE LIMA	9 - Número:	220
11 - Bairro:	BRASILIA	12 - Cidade:	VERTENTES	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:	AFSEGUROS_1994@YAHOO.COM.BR			14 - CEP:	55770-000
16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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: _____

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 39809 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceu (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Varginhas 05/12/2019

X José Vitor Santos Pedroza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455345/19

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 17/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.730.636 SDS/PE CPF: 167.065.814-70
DATA DO ACIDENTE: 05/09/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA
ENDEREÇO: RUA JOSE PESSOA DE LIMA, 220, BRASILIA, VERTENTES-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

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

VERTENTES - PE 24 DE SETEMBRO 2019.

X José Vitor Santos Pedroza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVENTIA NOTARIAL
E REGISTRAL
VERTENTES - PE

Rua Prof. Jose Alves Cavalcanti, 30 - Centro - Vertentes - PE
Fone: (81) 3734-1027 - E-mail: sivertentes@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE VITOR SANTOS
PEDROZA/ Douf & Vertentes-PE, 24/09/2019.

Em testemunha da verdade. *AELSON SOARES
BARBOSA - Substituto. (EmolR\$ 3,81. TSNR: R\$ 0,80.
FERC: 0,40. ISS: 0,08 FERM: 0,04. FUNSEG: 0,08).
Selos: 0152405.YLJD820190101488.

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



Aelson Soares Barbosa
Substituto.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013934830748
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VERTEENTES-PK		CPF / CNPJ	PLACA
011.522.044-59			PDV6175
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** /PE		9C2JB0100GR504001	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
/MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAZ	ANO MFG
HONDA POP 110I		2016	2016
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
109CL		VERMELHA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
IPVA 2018 QUITADO		VENC. / COTAS	
FAIXA / IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	

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

BRUNO ESSER

— OBSERVATIONS

AL. FID. ADM CONS SAC HONDA LTDA

Off. 100 FOLIO: DATA: 27/02/18
VERIDENTE: Charles Andrews Sousa Ribeiro
Dir. Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013934830748 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RONALDO LUIZ TRINDADE DE LIMA
SITIO RIACRO DIREITO RURAL 01 55770-000
CASA SERRA DA CACHOEIRA VERTENTES-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1	CPF / CNPJ 011.522.044-59	PLACA PDV6176
RENAVAM 1090306030	MARCA / MODELO HONDA/POP 110I	
ANO FAB. 2016	CAT. INVE. 09	Nº CHASSI 9C2JB0100GR504001
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNB (R\$) <input type="text"/>	DENATRAN (R\$) <input type="text"/>	CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="text"/>
CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO PAGO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	IOF (R\$) <input type="text"/>	TOTAL ADEVERTIGO PÓS SEGURO (R\$) <input type="text"/>
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE GUITAÇÃO <input type="text"/>	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.344.808/0001-04

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE OPVAT
ELE SERÁ DE PORTE OBRIGATÓRIO.**



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455345/19

Vítima: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

CPF: 167.065.814-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 VITOR SANTOS PEDROZA : 167.065.814-70

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: 17/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

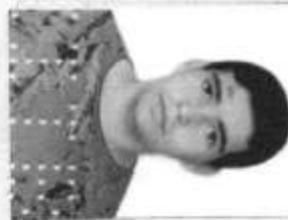
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO JAVARES BONIF.



EC5

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
TÍTULO
Nº.
NOME:

10.730.636

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/12/2017

<< JOSÉ VITOR SANTOS PEDROZA >>

PAI/AO:

<< SEVERINO DINIZ PEDROSA >>
<< IVANILDA SANTOS PEDROZA >>

MUNICÍPIO:

VERTENTES - PE

DATA DE NASCIMENTO

13/04/2001

CÓD. CENSO: << 075531 01 55 2001 1 00015 202
0017315 41 VERTENTES-PE >>

CPF:

Paulo de Carvalho

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO JAVARES BONIFACIO

LEONEL VILLELA DE CARVALHO

DELEGADO DE POLÍCIA

101802607080 1092946.7839732 GERENTE DO IIBI F-78 51.250 - 4629

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF

(Valido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 167.065.814-70

Nome: JOSE VITOR SANTOS PEDROZA

Data de Nascimento: 13/04/2001

Comprovante emitido as 10:34:05 do dia
18/09/2019 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:

6400.A357.5000.CB5C

Dígito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:

<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)

Emitido por: CORREIOS





HMJS

Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES –PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que JOSÉ VÍTOR SANTOS PEDROSA, residente no Sítio Riacho Direito do Município de Vertentes, portador do RG. Nº 10.730.636 SDS/PE, foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/09/2019, quando deu entrada na emergência desta Unidade Hospitalar, onde recebeu os primeiros cuidados, conforme cópia de seu Prontuário, anexa.

Vertentes, 22 de setembro de 2019.

M. de Fátima C. Moura
M^a de Fátima C. Moura
Secretária
Apami Vertentes
ZF 165 710 374-91

HOSPITAL MATERNIDADE DE VERTENTES
Avenida Coronel Braz Buzerra, 153 - Centro
CNPJ - 11.926.300/0001-12
APAMI - Vertentes - PE

FICHA DE PACIENTE

Pontuário 927
Data/Hora 05/09/2019, 17:32:

Name JOSE VITOR SANTOS PEDROSA	CPF	Sexo Masculino	
Profissão	Registro Geral		
Cartão PIS 200,6408,0743,0002	Estado Civil Solteiro(a)	Cor / Raça PARDA	Nascimento 13/04/2001
Logradouro SITIO RIACHO DIREITO	Mae IVANILDA SANTOS PEDROSA		
Bairro SITIO	Pai SEVERINO DINIZ PEDROSA		
Cidade Vertentes - PE			

HD: Primeiro filho de Adairice e Severino, nasceu Vitor em 01/04/2001, pesando 3,100 kg, altura 50 cm, com 18 dias.

Primeras visitas da paciente foram feitas em 1º de setembro de 2018, pesando 120 lbs e 30 cm de altura.

ABD: LIVRE, SEM SINAIS DE INFLAMAÇÃO ABDOMINAL.
FC: 84 BPM SAT: 98% PA:

CONDIC: ① corporal LRA+1M
② Tórax LM+100%SFSL R.

Dra. Gustavo Lima
Médico
CRM-PE 27495

HRA - transp → 5764634
ORNO: ORNORN



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

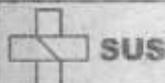
Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **José Victor Santos Pedroza**, Esteve Interno nesta unidade de saúde no dia **05/09/2019 a 06/09/2019**. Registro Hospitalar: **344695**

OBS: Vitima de Acidente de Transito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 02 de Outubro 2019

109.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR-104 - Km 130
Indianópolis - PE - 55.024.000
setor de Arquivo (same)



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jeni Weston Santos pedroga

B - Nº DO PRONTUÁRIO

344695

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2101064101801743100213/04/2003

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

Masc. 1 Fem. 2

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Ivanda santos pedroga.

12 - TELFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pct com fator exposto de hérax direito

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EF + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Interveniente + fato exposto de hérax direito

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento + fato exposto de hérax direito

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DOCUMENTO

(CNS)

(CPF)

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - F

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - F ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - F ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - F ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() DESPROTEGIDO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(CNS)

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

(CPF)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: JOSE VICTOR SANTOS PEDROSA

Nº Registro: 344695

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 28

Admissão: 05/09/19

HD: FX EXPOSTA DO HALUX DIREITO

Tto (05/09/19):

Em Uso:

Fez uso:

HDA: Paciente deu entrada no serviço dia 05/09/19, encaminhado para avaliação da Ortopedia, vítima de traum APRESENTANDO FX EXPOSTA DE HALUX DIREITO..

Exames:

EVOLUÇÃO MÉDICA

05/09/19: FOI REALIZADO COBERTURA COM PARTES MOLES E ALTA COM PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Paciente evolui com EGBom, consciente, orientado, acianótico, anictérico, afebril ao toque. Em dieta VO livre, com eliminações fisiológicas normais.

AR: MV +, s/ RA, FR 18 l rpm, SatO2 95% AA

ACV: RCR, 2T, BNF, SS, FC 84 bpm

ABD: plano, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis.

Extremidades: Livres, sem edemas, com boa perfusão.

06/09/19: PCT COM CONDIÇÕES DE ALTA. EVOLUI CLINICAMENTE SEM QUEIXAS.

Paciente evolui com EGBom, consciente, orientado, acianótico, anictérico, afebril ao toque. Em dieta VO livre, com eliminações fisiológicas normais.

AR: MV +, s/ RA, FR 19 l rpm, SatO2 98% AA

ACV: RCR, 2T, BNF, SS, FC 76 bpm

ABD: plano, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis.

Extremidades: Livres, sem edemas, com boa perfusão.

CONDUTA: ALTA + ORIENTAÇÕES

DATA:

CARIMBO + CREMEPE: _____