

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM PE 30 SETEMBRO 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



550331
0336991/19

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 Nº. 19E0221000565

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019 às 10:36

Complementa o BO Número: 19E0221000564

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 30/6/2019 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VERTENTES, 1, RODOVIA PE-090** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POVOADO ALTO DO FOGO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
ABMAEL GONÇALVES DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

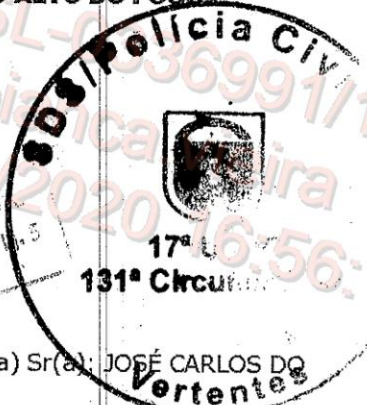
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA

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

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDISIA CURVELO DO NASCIMENTO SILVA** Pai: **JOSE CLAUDIO DA SILVA LIMA** Data de Nascimento: **20/5/1997** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 60, SÍTIO JUA - ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INACIA IRACI DA SILVA** Pai: **LUIZ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **17/3/2001** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTES, 1023, AV. CAMILA PEREIRA DE LIMA - CHÁ DO JUNCO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ABMAEL GONÇALVES DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOUNTAIN BIKE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **1 (UNIDADE)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ABMAEL GONÇALVES DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AMARELA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFV5304** (PERNAMBUCO/GARASSU) Renavam: **527156159** Chassi: **9C2KC1670DR435524**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 27 DE AGOSTO DE 2019 O SR. JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA RELATANDO QUE: NO DIA 30.06.2019, ESTAVA FAZENDO CICLISMO NA RODOVIA PE-090, NESTA CIDADE DE VERTENTES/PE, QUANDO FOI ATINGIDO POR UMA MOTOCICLETA. RELATA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL MEMORIAL DR. JAIME SANTANA - VERTENTES/PE E, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, NA CIDADE DE RECIFE/PE. DIANTE DO FATO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA. COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA, O QUAL FOI QUALIFICADO NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, BEM COMO A REFERIDA MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO POR OCASIÃO DO ACIDENTE QUE ATROPELOU A VÍTIMA. NA OCASIÃO DO ACIDENTE, O REFERIDO CONDUTOR DA MOTOCICLETA PRESTOU OS PRIMEIROS OS SOCORRIS À VÍTIMA E ACIONOU O SAMU.

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

José Carlos do Nascimento Silva
JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA
 (VÍTIMA)
Hevelly Renan Luiz da Silva
HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA
 (AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **FELIPE FIGUEIRA DE SALES PEREIRA** - Matrícula: **3873650**





HMJS

Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

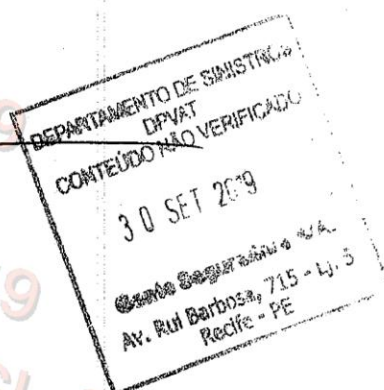
A.P.A.M.I VERTENTES - PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA, portador do RG. Nº 9.601.564 SDS/PE e CPF. Nº 118.645.934-40, residente no Município de Taquaritinga do Norte, foi vítima de acidente de trânsito, no dia 30/06/2019, dando entrada na emergência desta Unidade Hospitalar, conforme cópia de seu Prontuário, anexa.

Vertentes, 21 de agosto de 2019.


Mª de Fátima C. Moura
Secretária
Apami Vertentes
CPF 165 710 374-91





HMJS

Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

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

FICHA DE PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO..... DATA 30/06/19.....

CARTÃO DO SUS.....

RG Nº 9.601.564 SDS/PE CPF Nº 118.645.934-40.....

NOME José Carlos do Nascimento Silva.....

RAÇA/COR B SEXO M DATA NASCIMENTO 20/05/97 (229).....

PROFISSÃO..... E.CIVIL S TEL ().....

NOME DA MÃE Valdiria Curvelo do Nascimento Silva.....

ENDEREÇO St. Juá.....

PROCEDÊNCIA Tag. do norte IBGE.....

HD: P: 120 x 40 mm

Vi hinc de atropelamento por moto movendo trafico exposto de fibra e fibrula + corte confuso e irregular de pele (supraciliária) + perfuração. Perda da consciência no momento do acidente. Torax e abdome livres

Neuro e traumas.

HR: Neuro

Politrauma. 5717156

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 SET 2019
Caso Seguradora W
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj
Recife - PE

Sat 987.
aa.
Glasgow
15

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.892/0001-08 | Fone: 51 30094-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SUBURBIO
SURIEM/PE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

07/204422 UNICA 05/08/2019

05/08/2019 2011168008 3763008

7005749888 08/2019
12/08/2019 04/09/2019
98,16

Consumo Abaixo (Km)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Publica Municipal
ICMS Subvenção CDE NF 080545916-08/05/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
113,00000000	0,77545172	87,82
		2,01
		0,98
		6,64
		0,81

TOTAL DA FATURA

98,16

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
K07914	CAT	04/07/2019	25355,00	05/08/2019	26048,00	26048,00	32	1,00000		113,00

RESUMO DE CONSUMO	PERÍODO DE CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO PREÇO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO TOTAL
04/07/2019	05/08/2019	87,82	2,01	0,98	90,81
05/08/2019	04/09/2019	98,16			98,16

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este documento é emitido em nome da Companhia Energética de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.835.892/0001-08, sob o regime de tributação do ICMS. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor e no valor da tarifa vigente. O valor do imposto é calculado com base no valor do consumo e na alíquota de 12%.

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRÁFICO
DE VEÍCULOS AUTOMOTORES
NOME: KOUANDU JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 3092028-987 PE
ENDEREÇO: AV. RUI BARBOSA, RECIFE - PE

ASSINATURA DO CONTRIBUÍVEL
ASSINATURA DO EMISSOR
LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIMBARIBE - PE
DATA EMISSÃO: 16/12/2015
Nº REGISTRO: 024107/31208
VALIDADE: 15/12/2020
Nº IDENTIFICADOR: 25/09/1986

ASSINATURA DO CONTRIBUÍVEL
ASSINATURA DO EMISSOR
LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPIMBARIBE - PE
DATA EMISSÃO: 16/12/2015
Nº REGISTRO: 024107/31208
VALIDADE: 15/12/2020
Nº IDENTIFICADOR: 25/09/1986



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
VALDISIA CURVELO DO NASCIMENTO

CPF: 023 011 424-50 NIS: 16664562813

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S1 JUA 60

JUA/TAQUARITINGA DO NORTE RURAL
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

DATA DE EMISSÃO	SERIE	EMIÇÃO
08/293E04	UNICA	25/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
25/06/2019	2011748223	3854135

CONSUMO	MÊS/ANO
7008891111	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
02/07/2019	25/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	22,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	38,0000000	0,31724757	12,37
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,04
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,77
Multa por atraso-NF 063448236 - 27/05/19			0,41
Juros por atraso-NF 063448236 - 27/05/19			0,10
Atualização IGPM-NF 063448236 - 27/05/19			0,04

TOTAL DA FATURA

22,28



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
60611220	CAT	27/05/2019	15.047,00	25/06/2019	15.116,00	29	1,00000		69,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	KWh
JUN19	69
MAI19	74
ABR19	73
MAR19	91
FEV19	70
JAN19	50

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	17,95	0,17
PIS	17,95	0,14

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	
Geração de Energia	0,39	46,74
Transmissão	0,98	5,46
Distribuição (Cotpe)	5,98	33,18
Perdas de Energia	1,88	10,4
Encargos Setoriais	0,58	3,7
Tributos	0,17	0
Total	17,95	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000000021704-2

Nr. da Autenticação 54F21B714D3ECA85

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 nº9.613/98.

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 CARLOS DO NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 118.645.934 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 118.645.934 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

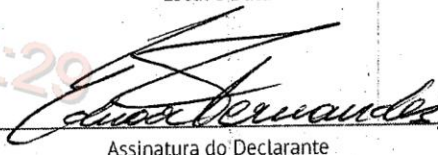
☒ Recuso informar

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 <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9161-3907</u>

SURUBIM/PE 30 de SETEMBRO de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 SET 2019
Gilda Seguradora
Av. Rui Barbosa
Recife

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 118.645.934-40 3 - CPF da vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA 4 - Nome completo da vítima:

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 CARLOS DO NASCIMENTO SILVA 6 - CPF: 118.645.934-40
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: SI JVA 9 - Número: 60 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 9700-1998

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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRASIL

AGÊNCIA:

1153

3

CONTA:

21704

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

SURUBIM PE 30 SETEMBRO 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ASL-0336991/19
bianca.vieira
06/08/2020 16:57:46

ASL-033
bianca
06/08/2020

[illegible]

DEPARTAMENTO DE ENTIESTRO
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 SET 2019
Canta Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 3
Recife - PE

06/08/2019 16:57:46

ASL-0336991/19
bianca.vieira
06/08/2020 16:57:57

ASL-0336991/19
bianca.vieira
06/08/2020 16:57:57

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010100481377

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VAL: 1 COD RENAVAM: 12715615 RNTC: *****

NOME/ENDEREÇO:
ARMAR GONCALVES DE ALBUQUERQUE
RUA DO CARAL DO
CASA CENTO
IMAPES 391-EE

OPF/CNPJ: PLACA: 8150000

NOME ANTERIOR: FERNANDO MONTEIRO LIMA

PLACANTUF: CHASSI: SCXK1670HR43524

ESPECIE TIPO: COMBUSTIVEL:
MOTOCICLETA AMG/G

MARCA/MODELO: ANO FAB: ANO IM:
HONDA CD 250 FAN F31 2012 2014

CAR/POT/CIL: CATEGORIA: COR/PREDOMINANTE:
250/150/2 PARTIC AMARELA

OBSERVAÇÕES:
AL FIL FERNANDO MONTEIRO

LOCAL: DATA:

IGRA 391-EE

COPIA

DETRAN

CONTRAN

ASL-0336991/19
bianca.vieira
06/08/2020 16:57:57

ASL-0336991/19
bianca.vieira
06/08/2020 16:57:57

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
DETRAN
CONTEUDO DO VEICULO
30 SET 2019
Santa Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 3
Recife - PE

ASL-0336991/19
bianca.vieira
06/08/2020 16:57:57

ASL-0336991/19
bianca.vieira
06/08/2020 16:57:57

Realin

TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 11 DE OUTUBRO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190557481

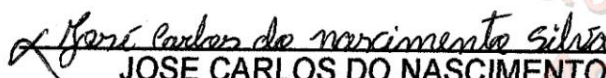
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 30/06/2019, onde sofri LESÕES GRAVES(FRATURA EXPOSTA) EM MINHA PERNA ESQUERDA, fui submetido a cirurgia, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PERÍCIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliada por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da Seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190557481 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E FRATURA DISTAL EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (+++/++++), DEFORMIDADE E RIGIDEZ DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DA FRATURA DISTAL EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DA PERNA DIREITA COM FIXADOR EXTERNO NO PRIMEIRO TEMPO CIRÚRGICO E HASTE NO SEGUNDO TEMPO.
SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL TOTAL DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida: Não

Observações: OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 25% do Membro inferior direito, recebe agora indenização complementar.
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA CONFIRMADO ENVOLVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 30 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.601.564 SDS/PE CPF: 118.645.934-40
DATA DO ACIDENTE: 30/06/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA
ENDEREÇO: SI JUA, 60, ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE- PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
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 CONSTITUO 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 A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TAQUARITINGA DO NORTE - PE 23 DE JULHO 2019



Jose Carlos do Nascimento Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO
Taquaritinga do Norte
Serventia Notarial e Registral

Rua Cel. Tejo, 19-A - Centro - Taquaritinga do Norte - PE
Fone: (81) 3733-1085 - E-mail: snrtaquaritinga-pe@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA. Dou fé. Taq. do Norte, 27/08/2019. Em test^a da verdade.

(a) FELIPE AUGUSTO COSTA SANTOS - Escrevente (Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERC: 0,40 FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08) Selo: 0076513.GBM04201901.04833

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

