
Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 000984853673-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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 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 extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190659171
Nome do(a) Examinado(a): Sidclei Francisco de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): 4 Travessa G Vila Teimosa, 29
Centro Caruaru PE CEP: 55010-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9048064
Data local do acidente: [14/02/2018]
Data local do exame: [16/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA EM DOIS TEMPOS (FIXADOR EXTERNO E HASTE INTRAMEDULAR)

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 16/11/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA-SE COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO COTRALATERAL, BOM ALINHAMENTO E ALTURA DO MEMBRO.

APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO COM FLEXÃO MÁXIMA DE 90 GRAUS

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Jackson Siqueira Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
AGÊNCIA DE POLÍCIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA -
DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0167000014

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/01/2019 às
13:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 14/2/2018 no período da Tarde

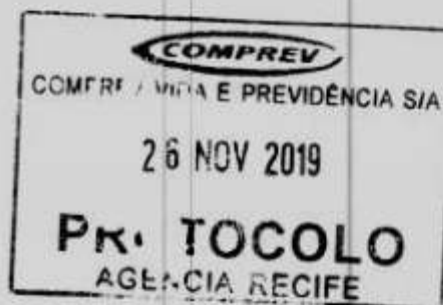
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - Bairro: CENTRO**
- **QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE PEDRO DE MELO (AUTOR AGENTE)
JOSE LOPES DE BARROS (OUTRO)
JOSE CICERO DOS SANTOS (VÍTIMA)
SIOCLEI FRANCISCO DE SOUZA (VÍTIMA)
EGLICIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE CICERO DOS SANTOS
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE PEDRO DE MELO



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

JOSE PEDRO DE MELO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: ,
Data de Nascimento: 14/1/1980 Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE LOPES DE BARROS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: ,
Data de Nascimento: 14/1/1980 Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE CICERO DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: ,

Polícia Civil - PM
 Data de Nascimento: 15/3/1983 Naturalidade: MACEIO / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 525746/525746 (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1°. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA
 Endereço Residencial: ESTADO DO ALAGOAS (ESTADO), 674, RUA PROF. VIRGILIO GUEDES, PONTA GROSSA, MACEIO / ALAGOAS; 55000-000; CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALAGOAS/ALAGOAS/BRASIL
 Endereço Comercial: ESTADO DO ALAGOAS (ESTADO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ALAGOAS/ALAGOAS/BRASIL

QUIPAPA
 EGLICIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZIA SOARES DA SILVA Pai: JOSE PEPEN DA SILVA Data de Nascimento: 8/6/1984 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Escolaridade: 2°. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A)
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MÁRCIA MARIA DE SOUZA Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 20/6/1987 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3648664/3DS/PE (RG), 13528193417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: DESEMPREGADO(A)
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 152, RUA ODILON DE OLIVEIRA LINS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO: TOYOTA TIPO BANDEIRANTE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE PEDRO DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE PEDRO DE MELO
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/VW/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: JOR6921 (BAHIA/SAO SEBASTIAO DO PASSE)

CAMINHÃO VW / 24.220 CRM 6X2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE LOPES DE BARROS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CICERO DOS SANTOS
 Categoria/Marca/Modelo: CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: QKR5950 (SERGIPE/TABOANINHA)

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE CICERO DOS SANTOS CONDUZIA O VEICULO DO TIPO CAMINHÃO VW 24.220 CRM 6X2 DE COR AZUL E PLACA: QKR 5950, QUE PERTENCE A EMPRESA EM QUE TRABALHA (GRANJA MARAVILHA - MACEIO / ALAGOAS) PELA PE 177 QUANDO NO TRECHO CONHECIDO COMO "CURVA DO CARACOL" SE DEPAROU COM OUTRO VEICULO DO TIPO TOYOTA DE COR BRANCA E PLACA: JOR 6921 QUE ERA CONDUZIDO PELO SENHOR JOSE PEDRO DE MELO E QUE VINHA NA "CONTRA-MÃO", ONDE ACABOU COLIDINDO PROVOCANDO O ACIDENTE. O SENHOR JOSE CICERO DOS SANTOS NÃO SOFREU FERIMENTOS. OS OUTROS 3 (TRÊS) OCUPANTES DO VEICULO TOYOTA FORAM SOCORRIDOS POR AMBULÂNCIAS DA CIDADE DE QUIPAPA, E CONDUZIDOS AO HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FORAM TRANSFERIDOS PARA HOSPITAIS REGIONAIS E TAMBÉM DA CAPITAL RECIFE. RELATO AINDA QUE O CAMINHÃO É DE PROPRIEDADE DA PESSOA DE "JOSE LOPES DE BARROS" E QUE NENHUM DOS VEÍCULOS FOI CONDUZIDO A ESTA DELEGACIA POR IMPOSSIBILIDADE DE CONDUÇÃO. SEM MAIS A RELATAR ENCERRO ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

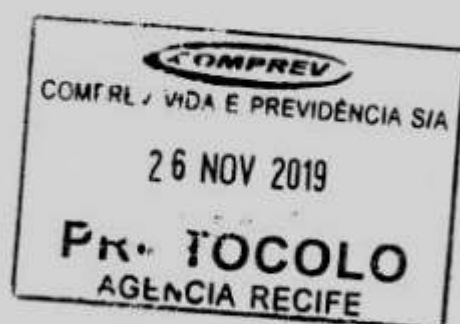
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSE GIGERO DOS SANTOS
(VITIMA)

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA
(VITIMA)



B.O. registrado por: IZABELLE MARIA DA SILVA - Matrícula: 397475-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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 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 extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa reconhecimento de culpa futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NÚM - 00152 - MAURICIO DE NASS
ALI CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6587283 De: 11/2018													
JOSE FLORENCO VILANOVA 4TV Q VILA TEIMOSA, N. 00029 - VAISOURAL CARUARU PE 55000-000															
INSCRIÇÃO: 041.561.540.0019.000 GR 30.15 DUE AUTOMATICO: 806587283															
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA												
HIDROMETRO Y07H3U8684	DATA LEIT. ANTERIOR 11/12/2018	DATA LEIT. ATUAL 10/01/2019	TIPO DE CONSUMO (AE) MED INOV												
AGUA: LEIT ANT: 1387 CONSUMO: 0 LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA 4 LEIT FAT: 1397															
HISTÓRICO DE CONSUMO															
REFERENCIA	CONSUMO	NÚMERO DE AMOSTRAS													
		EXIG. PORT MS 2.414/11	ANALISES REALIZ. A LEGIS												
11/2018	00	TURBIDEZ	166 169 169												
10/2018	00	COR APARENT	166 169 178												
09/2018	00	CORO RESIDUAL	166 169 169												
08/2018	00	COLI TOTAL	166 169 154												
07/2018	00	COLI	166 169 169												
06/2018	00	Qualidade de Água: www.compesa.com.br													
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA V.N DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÂO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA															
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)												
AGUA															
RESIDUAL (DE 1 UNIDADE(S))			41,30												
CONSUMO DE AGUA															
RELIÇÃO 11/2018			9,02												
<table border="1"><thead><tr><th>DESCRIÇÃO</th><th>VALOR</th><th>PERCENTUAL</th><th>VALOR IMPORTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>DESCRIÇÃO</td><td>41,30</td><td>1,65</td><td>0,68</td></tr><tr><td>DESCRIÇÃO</td><td>41,30</td><td>2,60</td><td>3,14</td></tr></tbody></table>				DESCRIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL	VALOR IMPORTE	DESCRIÇÃO	41,30	1,65	0,68	DESCRIÇÃO	41,30	2,60	3,14
DESCRIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL	VALOR IMPORTE												
DESCRIÇÃO	41,30	1,65	0,68												
DESCRIÇÃO	41,30	2,60	3,14												

VENCIMENTO: 20/01/2019

TOTAL A PAGAR: 50,32

MENSAGEM:

PREZADO CLIENTE, COMUNICAMOS QUE O SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO
DE AGUA ENCONTRA SE EM OPERAÇÃO NESSE ENDEREÇO E SERA
COBRADA TARIFA PELO SERVIÇO CONFORME CATEGORIA DO IMÓVEL.



VITIMA, ABOGADO
PROCURADOR

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUN - 00152 - MAURICIO DE NASC
 ALI CARLIARI PE 85012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6587283		De: 01/01/2013	
JOSE FLORENÇO VILANOVA					
4TV G VILA TEIMOSA, N. 00029 - VAZOURAL CARUARI PE 55000-000					
INSCRIÇÃO: 041.561.540.0019.000 GR 4PO.15 DIB. AUTOMÁTICO: 806587283					
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL		RESIDENCIAL	
HIDRÔMETRO Y07N308684		DATA LEIT. ANTERIOR 11/12/2018		DATA LEIT. ATUAL 10/01/2019	
				TIPO DE CONSUMO (A/E) MED 1140V	
ÁGUA: LEIT ANI: 1387 CONSUMO: 0 LEIT ATU: PFCORRENCIA TAXA 4 LEIT FAT: 1397					
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERENCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS			
		PARÂMETRO	EX16. PORT MS 2 414/11	ANALISE REALIZ.	AVERTEN A LEGIS
11/2018	00	TURBIDEZ	166	169	169
10/2018	00	COR APARENT	166	169	178
09/2018	00	CORO RESIDUAL	166	169	169
08/2018	00	COLI. TOTAL	166	169	169
07/2018	00	COLI.	166	169	169
06/2018	00	COLI.	166	169	169
MEDIA: 00		Qualidade de Água: www.comprea.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA DE AMOSTRAS EXAMINADAS					
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO					
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA					
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES					
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA					
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS			CONSUMO		TOTAL (R\$)
ÁGUA					
RESÍDUO (DE 1 UNIDADE(S))					41,30
CONECÇÃO DE ÁGUA					
RELIÇÃO 11/2018					9,02

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 221205 (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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**¹.

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 Silas Francisco de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.768.044-62 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sidcler Francisco de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.281.934-17 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Sidcler Francisco de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.281.934-17, 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>6TV G Vila Teimosa</u>		Número <u>29</u>	Complemento
Bairro <u>Vassoural</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>9258-3087</u>

Caruaru de 19 de 10 de 19
Local e Data

Silas Francisco de Souza
Assinatura do Declarante



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA	PRONTUÁRIO: 1622870	ATENDIMENTO: 00933194
DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1987	FOI ATENDIDO EM: 14/02/2018 ÀS 18:22	
	DATA DA ALTA: 26/02/2018 ÀS 17:33	

Diagnóstico Provável:

VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Tratamento Realizado:

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO NA EMERGENCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE JOELHO NA EMERGENCIA

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA EM 22/02/18

Observação:

ANALGESIA E ATB PARA CASA

AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESSENTA) DIAS

Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. LEONARDO GOUVEIA

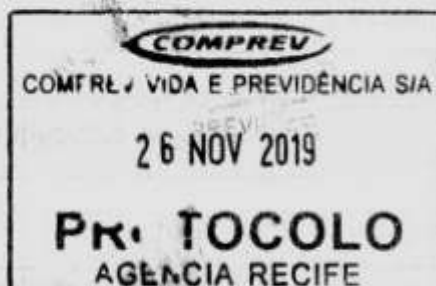
Dr. José Dias Q. A.
Médico
CRM-PB 10.676

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº.10676

Recife, 26, FEVEREIRO, 2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIPAPÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital M^a Digna Pessoa de Mello

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Unidade Mista de Quipapá

Nome: Isabel Francisco de Souza

Data: 14/11/2018

Endereço: Rua da Liberdade

Hora: 14:30

Nome da Mãe: Marcia M^a de Souza

Município:

Acompanhante e/ou Responsável:

Telefone:

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Cartão do SUS
----------	-----------	------	------------	---------------	---------------

☐ Acidente de trabalho

☒ Masculino

☒ Brasileiro

☐ Caso de polícia

☐ Feminino

☐ Estrangeiro

OUTRO DOCUMENTO:

Pressão arterial

Pulso

Temperatura

HGT

Exames complementares:

Max:

Min:

Axilar:

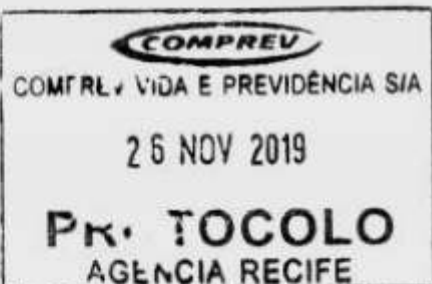
Retal:

UF PA 9448-065-803-12

Tratado em casa
em casa (1-1-1)
com quem se sente
a ser tratado

Tratamento:

H1R



5363-102

Defeito
Buze

Destino dado ao Paciente:

☐ Residência

☐ Internado

Encaminhado: _____

Removido: _____

Óbito às _____ H _____ min. Do dia _____

Encaminhado ao I.M.L. ☐

Impressão Diagnóstica:

Doenças Concedidas _____ Dias

Assinatura - carimbo - C.R.M./C.R.O.

Eu, _____ RG _____ assumo inteira
responsabilidade na recusa do atendimento prestado por esta instituição a minha pessoa ou a quem acompanhei para este
atendimento, mesmo que isto traga danos a minha saúde ou a pessoa acima relacionada. _____ às _____ h.

Ass: _____

Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		CRM: 10676	
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE	UF: PE

Paciente:

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Endereço paciente:

RUA ODILON DE OLIVEIRA LINS

Prescrição:

USO ORAL

1- DAPIRONA 1G _____ 01CX
TOMAR 01CP, 6/6H, SE DOR

2- PACO 30MG _____ 01CX
TOMAR 01CP, 8/8H, SE DOR INTENSA

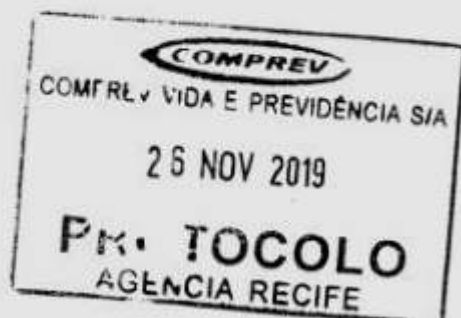
Dr. José Dias O. Neto
Médico
CRM-PB 10.676

Data: 26/02/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome: _____	
Identidade: _____	Órgão Emissor: _____
Endereço: _____	_____
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	_____

Identificação do Fornecedor
Assinatura do Farmacêutico _____
Data: _____



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO:		CRM:	
PLETO:		10676	
JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO			
UF:	NÚMERO:	Endereço:	
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO:	FONE:	CIDADE:	UF:
DERBY	3181-5400	RECIFE	PE

Paciente:

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Endereço paciente:

RUA ODILON DE OLIVEIRA LINS

Prescrição:

USO ORAL

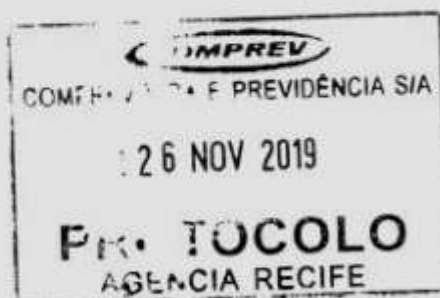
1- CEFALOXINA 500MG 40CP
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

Dr. José Dias O. Neto
Médico
CRM-PE 12.676

Data: 26/02/2019

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	Assinatura do Farmacêutico
	Data:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E07R44

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

OUTROS REGISTROS

NÃO ALFABETIZADO(A)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
135.281.934-17

Nome
SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Nascimento
20/06/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMFREL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.048.064 DATA DE EMISSÃO 29/07/2010

NOME << SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA >>

RELACÃO << >>

<< MÁRCIA MARIA DE SOUZA >>

NACIONALIDADE QUIPAPÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 20/06/1987

DOCUMENTO << CN.12751 LA83 F.177 CART. 1º >>

DISTRITO QUIPAPÁ-PE. 17.06.1988 >>

CPF

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.363.274 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/08/2007

<< SILAS FRANCISCO DE SOUZA >>

<< >>

<< MARCIA MARIA DE SOUZA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

QUIPAPA - PE 26/06/1992

LOC. ORIGEM << CN.16541 L.488 F.125 CART. 10 QUIPAPA-PE 20.08.1992 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E 07 R 4

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUÍLL

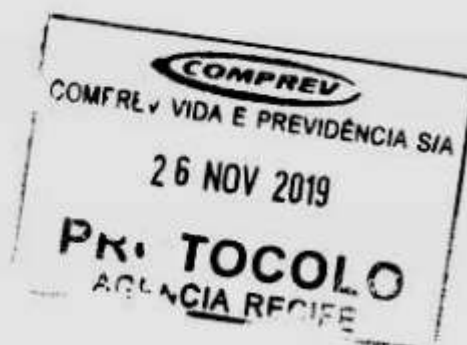
 

Silas Francisco de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Procurador





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E07R44

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

OUTROS IDENTIFIC

NÃO ALFABETIZADO(A)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
135.281.934-17

Nome
SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Nascimento
20/06/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMFREL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO

AGENCIA RECIFE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.048.064 DATA DE EMISSÃO 29/07/2010

NOME << SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA >>

RELACÃO << >>

<< MÁRCIA MARIA DE SOUZA >>

NACIONALIDADE QUIPAPÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 20/06/1987

DOCUMENTO << CN.12751 LA83 F.177 CART. 1º >>

DISTRITO QUIPAPÁ-PE. 17.06.1988 >>

CPF

8.598.057

26/07/2008

<< MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA >>

<< JOSÉ BENEDITO DE MENDONÇA >>

<< MARIA DO SOCORRO DA SILVA >>

QUIPAPÁ - PE

03/02/1994

<< CN. 17844 LA90 F.49V CART.SEDE
QUIPAPÁ-PE 03/08/2007 >>

ASSINATURA DO EMITENTE

LEI Nº 118 DE 29/02/83

F-30 99.342 - 4331

ES. PARME. REC. PAR. - ASS. L. 11

Nº 111 - REC. DE L. 11 - PAR. 11

Nº 111 - REC. DE L. 11 - PAR. 11

207 R-4



maria adriana mendonça da silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

A R O G O.

COMPREV

COM: RL. 1111 E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CÓDIGO DE CONTROLE
C184.F08C.F7F5.9003

A autenticação deste comprovante deverá
ser confirmada no internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante enviado pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

91 00.2545 20 019 03092011 (hora e data de Brasília)

digito verificador 99



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



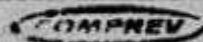
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
111.156.494-93

Nome
MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA

Nascimento
03/02/1994

SAÍDO SUPLENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

8.598.057

26/07/2008

<< MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA >>

<< JOSÉ BENEDITO DE MENDONÇA >>

<< MARIA DO SOCORRO DA SILVA >>

QUIPAPÁ - PE

03/02/1994

<< CN.17844 L.A90 F.49V CART.SEDE
QUIPAPÁ-PE 03/08/2007 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 24/08/83

F-30 99.342 - 4331

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

E07 R44



maria adriana mendonça da silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

A RO GO.

COMPREV

COMISSÃO DE SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA SIA

26 NOV 2019

PR. TOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CÓDIGO DE CONTROLE
C184.F0BC.F7F5.9003

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:25:45 do dia 03/05/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



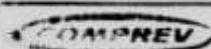
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
111.156.494-93

Nome
MARIA ADRIANA MENDONCA DA SILVA

Nascimento
03/02/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA

INSTITUTO DA IDENTIDADE CIVIL

EC-5




Eliane Francisco de Barros Vilanova

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.443.242 DATA DE EMISSÃO 04/08/2016

NOME << ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA >>

PAIS << RUMÃO HONÓRIO DE BARROS >>

MAT. << MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE LAGOA DOS GATOS - PE DATA DE NASCIMENTO 28/10/1965

D.O.C. ORIGEM << CC.2281 L.03-B F.287V CART.2ª ZONA, CARUARU-PE.27.08.2007. >>

C.O.F. 015.729.854-02

Ass. Patrícia C.G. Alcoforado

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1015456790512145104.6987942 F-71 85.876 - 3131

Testemunha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE LICENCIAMENTO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

DDD IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF

8409600049 MT PE

CPF

011.173.854-77

DATA NASCIMENTO

13/09/1983

PERIÇÃO

IGNACIO LUIZ FALCAO

LEONOR COUTINHO FALCAO

PERMISSÃO

00000000000000000000

ACC

00000000000000000000

CAT HAB

AM

Nº REGISTRO

02099243310

VALIDADE

04/10/2023

1ª HABILITAÇÃO

09/12/2001

OBSERVAÇÕES

CEIVE

EAR

Leonardo A. C. Falcao

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARUARU, PE

DATA EMISSÃO

30/10/2018



Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

04524659685
PE088303997

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1683787454

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683787454

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones FixosAgência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCAO

CPF: 011.173.854-77

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALFERES JORGE 351

INDIANÓPOLIS/CARUARU
55024-130 CARUARU PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

16/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

217,48

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

09/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

080222598

CONTA CONTRATO

000159810020

Nº DO CLIENTE

2002336080

Nº DA INSTALAÇÃO

0000825774

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DE02.5AD8.5EEF.B8B3.1AEE.400C.1BA8.C58D

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	219,00	0,81069952	177,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,31
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,40
Contrib. Ilum. Pública Municipal			24,19
ICMS Subvenção-CDE-NF 072371933-07/09/19			1,23
Multa por atraso-NF 076362336 - 06/09/19			2,97
Juros por atraso-NF 076362336 - 06/09/19			0,84
TOTAL DA FATURA			217,48

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
188,25	25,00	47,06	188,25	1,29	2,42	188,25	5,95	11,20

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh): 0,54533080

HISTÓRICO DO CONSUMO

					kWh
OUT 19					219
SET 19					178
AGO 19					173
JUL 19					230
JUN 19					210
MAI 19					226
ABR 19					217
MAR 19					261
FEV 19					196
JAN 19					252
DEZ 18					352
NOV 18					317
OUT 18					237

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	58,56	31,54
Transmissão	6,33	3,47
Distribuição (Celpe)	26,66	21,07
Energias Sotáveis	9,35	4,36
Tributos	66,48	32,23
Perdas de Energia	12,49	6,63
TOTAL	188,25	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

00000003182374341 CAT 06/09/2019 284,00 09/10/2019 503,00 33 1,00000 0,00 219,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARUARU	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 65,34					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia michelle: av joao salvador 05 riachão / j e s armarinho e
papeleria: avenida gonçalo nunes de oliveira 206
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000159810020	10/2019	217,48	16/10/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000024 174800110005 159810020102 143629686734



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA-SE COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO COTRALATERAL, BOM ALINHAMENTO E ALTURA DO MEMBRO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO COM FLEXÃO MÁXIMA DE 90 GRAUS

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM PERNA COM QUEIXAS ÁLGICAS EM FOCO DE FRATURA E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA-SE COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO COTRALATERAL, BOM ALINHAMENTO E ALTURA DO MEMBRO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO COM FLEXÃO MÁXIMA DE 90 GRAUS

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM PERNA COM QUEIXAS ÁLGICAS EM FOCO DE FRATURA E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659171 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

COMPREV

COMPREI / VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV 2019

PR. TOCOLO

SOLTEIRO RECIFE

OUTORGANTE(Vítima beneficiária)

NOME: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

RG: 9048064, CPF: 135.281.934-17

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: RUA L (VASSOURAL)

Nº 62

BAIRRO: VILA TEIMOSA, CIDADE: CARUARU

UF PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: SILAS FRANCISCO DE SOUZA

RG: 8363274, CPF: 106.768.044-62

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: RUA L VILA TEIMOSA

Nº 62

BAIRRO: VASSOURAL, CIDADE: CARUARU

UF PE

Pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a Seguradora Líder dos Consorcio do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA, CPF: 135.281.934-17.

Data do acidente: 14/02/2018

Nome do ROGO: MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA

RG: 8598057, CPF: 111.156.494-93

ENDEREÇO: RUA L VILA TEIMOSA

Nº 62

BAIRRO: VASSOURAL, CIDADE: CARUARU

UF: PE

TESTEMUNHAS:

Nome 1: LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCÃO

RG: 4075603, CPF: 011.173.854-77

ENDEREÇO: ALFERES JORGE

Nº 351

BAIRRO: IMAXANÓPOLIS

CIDADE: CARUARU

UF: PE

Nome 2: ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA

RG: 8443242, CPF: 015.729.854-02

ENDEREÇO: 42 TRAV. G VILA TEIMOSA

Nº 29

BAIRRO: VASSOURAL

CIDADE: CARUARU

UF: PE

Maria Adriana Mendonça da Silva

(assinatura do ROGO, Reconhecer firma por autenticidade)

Leonardo Alexandre Coutinho Falcão

(assinatura da testemunha 1)

Eliane Francisca de Barros Vilanova

(assinatura da testemunha 2)

LOCAL E DATA: Agrestina, 13 de Fevereiro de 2019



SERVENTIA NOTARIAL DA COMARCA DE AGRESTINA - PE
Tabelião LEONITA ROSA MONTEIRO / Substituto: BELA JANILEIDE NERI MONTEIRO
R. João Pessoa, 88 - Centro - Agrestina-PE CEP: 55.495-000
Fone: 81-3744-1417 - e-mail: leonita_monteiro@uol.com.br

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:

MARIA ADRIANA MENDONÇA DA SILVA

sele: 0073627.KZV02201902.00413

e ELIANE FRANCISCA DE BARROS VILANOVA

sele: 0073627.MBF02201902.00414

dou fe. Agrestina, 13/02/2019 14:26:19 Em test. verdade.



Leonita Rosa Monteiro



Emolumentos R\$7,98 TSNR R\$1,60 Total a Pagar R\$9,58 Oper. DIMP

Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



SERVENTIA NOTARIAL DA COMARCA DE AGRESTINA - PE
Tabelião LEONITA ROSA MONTEIRO / Substituto: BELA JANILEIDE NERI MONTEIRO
R. João Pessoa, 88 - Centro - Agrestina-PE CEP: 55.495-000
Fone: 81-3744-1417 - e-mail: leonita_monteiro@uol.com.br

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:

LEONARDO ALEXANDRE COUTINHO FALCÃO

sele: 0073627.VTK02201902.00412

dou fe. Agrestina, 13/02/2019 14:25:39 Em test. verdade.



Leonita Rosa Monteiro

Emolumentos R\$3,99 TSNR R\$0,80 Total a Pagar R\$4,79 Oper. DIMP

Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417225/19

Número do Sinistro: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

CPF: 135.281.934-17

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019

Nome: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

CPF: 106.768.044-62

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019

Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417225/19

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

CPF: 135.281.934-17

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/02/2018

Titular do CPF: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM : 106.768.044-62

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

SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA : 135.281.934-17

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: 26/11/2019
Nome: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM
CPF: 106.768.044-62

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417225/19

Número do Sinistro: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

CPF: 135.281.934-17

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019

Nome: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

CPF: 106.768.044-62

SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019

Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

135.281.934-17 Sidlei Francisco de Souza

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

5 - Nome completo: Sidlei Francisco de Souza 6 - CPF: 135.281.934-17
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: 4 Tv G. Vila Teimosa 9 - Número: 29 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vassoral 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000-000
15 - E-mail: (81) 9.258-3087 16 - Tel (DDD): (81) 9.258-3087

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0051 CONTA: 984853673 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CN) ☐ 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 (al 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Leonardo Alexandre C. Falcao
CPF: 001.373.854-77
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Eliane Francisca de Barros
CPF: 035.729.854-02
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caruaru, 02/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659171 Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
-----------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659171 Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
-----------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659171

Vítima: SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 14/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILAS FRANCISCO DE SOUZA VALENTIM

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SIDCLEI FRANCISCO DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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