
Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190461916

Vítima: EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190461916

Vítima: EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 27/02/2018, emitido pelo Dr. AIRTON PEDROSA CRM nº 9264 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta Informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de Indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de Idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

290.473.398-24

Edinora Maria Nova da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edinora Maria Nova da Silva		CPF titular da conta 290.473.398-24	Profissão Aposentada
Endereço Rua Varzea da Serra		Número 00	Complemento Casa
Bairro Zona Rural	Cidade Salvador	Estado BA	CEP 55350-000
E-mail gabrielmichael@gmail.com		Telefone (DDD) 08-398109-1348	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome	
AGÊNCIA NRD. 0001013	DIV 00	CONTA NRD. 8633	DIV 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

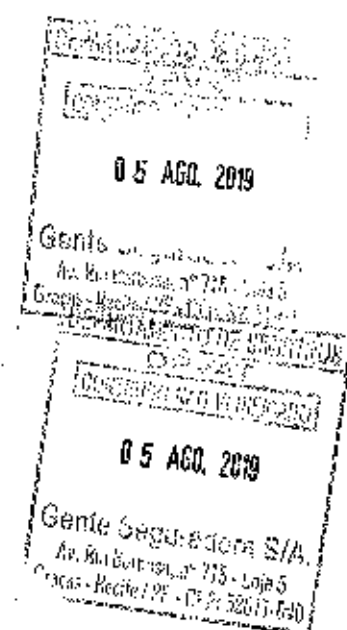
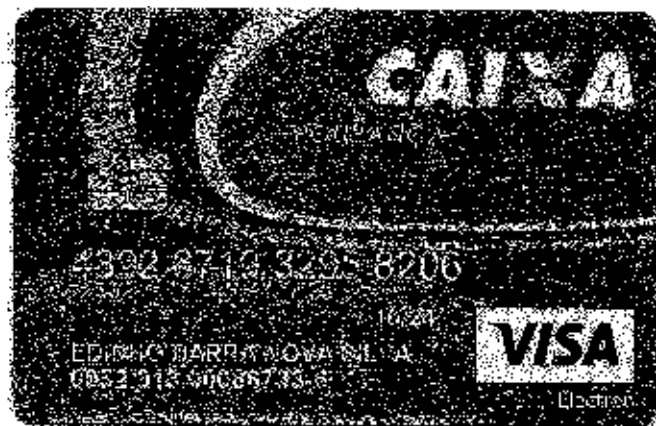
Salvador, 21 de maio de 2018

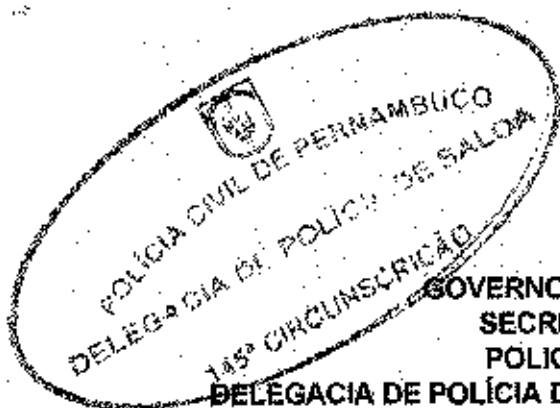
Local e Data

Edinora Maria Nova da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Bandeira do
Estado

44 7860
0199758/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALOÁ - DP145ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0235000194**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às **12:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/2/2018** às **18:13**

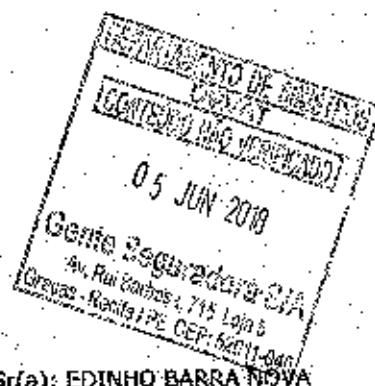
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ESTADO (AUTOR / AGENTE)
JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (TESTEMUNHA)
DELMA MARIA DA SILVA (TESTEMUNHA)
EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**



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

EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA BARRA NOVA DA SILVA Pai: LUIZ LEITE DA SILVA Data de Nascimento: 25/5/1988 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8184593/SDS/PE (RG), 39847339827 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87981461008

Endereço Residencial: **SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL**

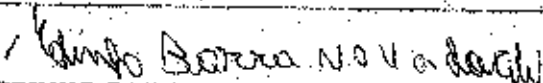
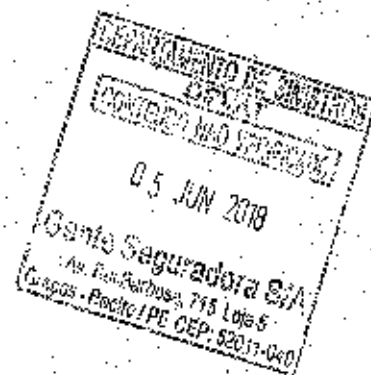
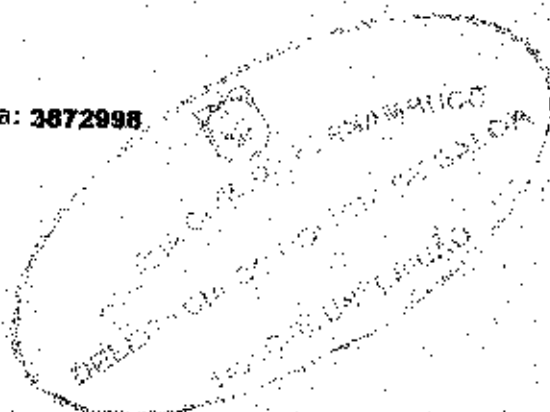
JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OLÍNDINA ESTELITA JESUINO Pai: JOSÉ MAURÍCIO JESUINO Data de Nascimento: 17/1/1991 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8376640/SDS/PE (RG), 10154110450 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL

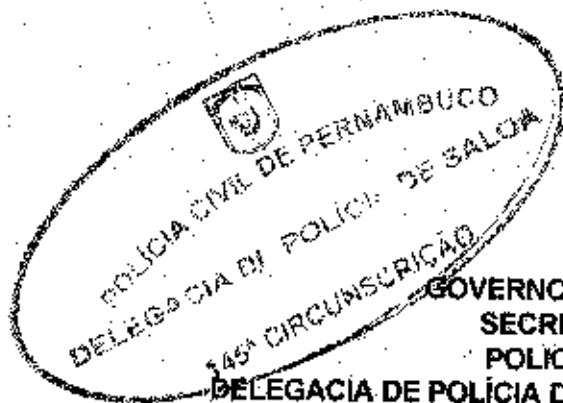
DELMA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 22/7/1977 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8468910/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: SÍTIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL

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

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**MOTO (VEICULO):** que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/C100** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **MDT2722** (SANTA CATARINA/CAMBORIÚ) Renavam: **803216801** Chassi: **8C2HA07103RD46196**Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA****Complemento / Observação**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR UM ACIDENTE SOFRIDO QUANDO ESTAVA VOLTANDO PARA SUA RESIDENCIA NA ZONA RURAL DA CIDADE DE SALOÁ/PE. CONTA QUE UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DO SEU VEICULO, QUANDO ELE TENTOU DESVIAR DO ANIMAL, PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU. APÓS ISSO, FOI LEVADO ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial**EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**
(VITIMA)B.O. registrado por:  **ANDERSON DA SILVA CABRAL** - Matrícula: **3872998**



Bandeira do
Estado

447860
0199758/18

0264664/19

539008

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALOÁ - DP145ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0235000194**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às **12:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/2/2018** às **18:13**

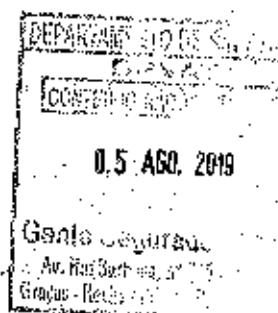
Fato ocorrido no endereço: **SITIO VARZEA DA SERRA, 1 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ESTADO (AUTOR/AGENTE)
JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (TESTEMUNHA)
DELMA MARIA DA SILVA (TESTEMUNHA)
EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**



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

EDINHO BARRA NOVA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA BARRA NOVA DA SILVA Pai: LUIZ LEITE DA SILVA Data de Nascimento: 25/5/1986 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8184893/SDS/PE (RG); 39047339827 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87981481008

Endereço Residencial: **SITIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL**

JOSENILDO MAURÍCIO JESUINO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OLINDINA ESTELITA JESUINO Pai: JOSÉ MAURÍCIO JESUINO Data de Nascimento: 17/1/1991 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8376640/SDS/PE (RG); 10154110450 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: SITIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL

DELMA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSEFA DA SILVA Pai: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 22/7/1977 Naturalidade: SALOÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8466910/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: SITIO VARZEA DA SERRA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - SALOÁ/PERNAMBUCO /BRASIL

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

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

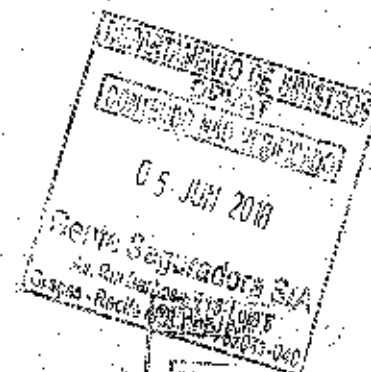
MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDINHO BARRA NOVA DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/C100** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **MDT2722** (SANTA CATARINA/CAMBÓRIO) Renavam: **803215001** Chassi: **9C2HA07103RD40196**Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR UM ACIDENTE SOFRIDO QUANDO ESTAVA VOLTANDO PARA SUA RESIDENCIA NA ZONA RURAL DA CIDADE DE SALOÁ/PE. CONTA QUE UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DO SEU VEICULO, QUANDO ELE TENTOU DESVIAR DO ANIMAL, PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU. APÓS ISSO, FOI LEVADO ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.

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

Edinho Barra Nova da Silva
EDINHO BARRA NOVA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Anderson da Silva Cabral* **ANDERSON DA SILVA CABRAL** - Matrícula: **3872998**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Edinho Roriva Nova da Silva

CPF da Vítima

390.413.398-14

Data do Acidente

24/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Edinho Roriva Nova da Silva

CPF do Representante Legal

390.413.398-14

E-mail

Rafaelmira@outlook.com

Telefone (DDD)

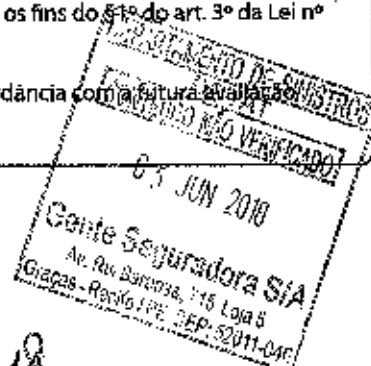
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 6º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Edinho Roriva Nova da Silva 01 de Maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAS 8980040255 6229

192

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

100453

1. Hora do atendimento: 18:43 2. Cópia da local: 18:30 3. Data do local: 18:58 4. Hora de chegada: 21:00 5. Data do atendimento: 21/02/2018

6. Nome do paciente: **André da Silva** 7. Data de nascimento: 28/05/1988 8. Sexo: **M** 9. Estado: **SP**

10. Endereço: **Av. ...** 11. Tipo de atendimento: **1. Urgência** 12. Motivo: **2. Trauma** 13. Tipo de lesão: **1. Aberto**

14. Local de ocorrência: **2. Rua** 15. Tipo de via: **1. Via pública** 16. Tipo de acidente: **1. Queda de altura**

17. Tipo de vítima: **1. Adulto** 18. Tipo de vítima: **1. Masculino** 19. Tipo de vítima: **1. Branco**

20. Tipo de vítima: **1. Adulto** 21. Tipo de vítima: **1. Masculino** 22. Tipo de vítima: **1. Branco**

23. Tipo de vítima: **1. Adulto** 24. Tipo de vítima: **1. Masculino** 25. Tipo de vítima: **1. Branco**

26. Tipo de vítima: **1. Adulto** 27. Tipo de vítima: **1. Masculino** 28. Tipo de vítima: **1. Branco**

29. Tipo de vítima: **1. Adulto** 30. Tipo de vítima: **1. Masculino** 31. Tipo de vítima: **1. Branco**

32. Tipo de vítima: **1. Adulto** 33. Tipo de vítima: **1. Masculino** 34. Tipo de vítima: **1. Branco**

35. Tipo de vítima: **1. Adulto** 36. Tipo de vítima: **1. Masculino** 37. Tipo de vítima: **1. Branco**

38. Tipo de vítima: **1. Adulto** 39. Tipo de vítima: **1. Masculino** 40. Tipo de vítima: **1. Branco**

41. Tipo de vítima: **1. Adulto** 42. Tipo de vítima: **1. Masculino** 43. Tipo de vítima: **1. Branco**

44. Tipo de vítima: **1. Adulto** 45. Tipo de vítima: **1. Masculino** 46. Tipo de vítima: **1. Branco**

47. Tipo de vítima: **1. Adulto** 48. Tipo de vítima: **1. Masculino** 49. Tipo de vítima: **1. Branco**

50. Tipo de vítima: **1. Adulto** 51. Tipo de vítima: **1. Masculino** 52. Tipo de vítima: **1. Branco**

53. Tipo de vítima: **1. Adulto** 54. Tipo de vítima: **1. Masculino** 55. Tipo de vítima: **1. Branco**

56. Tipo de vítima: **1. Adulto** 57. Tipo de vítima: **1. Masculino** 58. Tipo de vítima: **1. Branco**

59. Tipo de vítima: **1. Adulto** 60. Tipo de vítima: **1. Masculino** 61. Tipo de vítima: **1. Branco**

62. Tipo de vítima: **1. Adulto** 63. Tipo de vítima: **1. Masculino** 64. Tipo de vítima: **1. Branco**

65. Tipo de vítima: **1. Adulto** 66. Tipo de vítima: **1. Masculino** 67. Tipo de vítima: **1. Branco**

68. Tipo de vítima: **1. Adulto** 69. Tipo de vítima: **1. Masculino** 70. Tipo de vítima: **1. Branco**

71. Tipo de vítima: **1. Adulto** 72. Tipo de vítima: **1. Masculino** 73. Tipo de vítima: **1. Branco**

74. Tipo de vítima: **1. Adulto** 75. Tipo de vítima: **1. Masculino** 76. Tipo de vítima: **1. Branco**

77. Tipo de vítima: **1. Adulto** 78. Tipo de vítima: **1. Masculino** 79. Tipo de vítima: **1. Branco**

80. Tipo de vítima: **1. Adulto** 81. Tipo de vítima: **1. Masculino** 82. Tipo de vítima: **1. Branco**

83. Tipo de vítima: **1. Adulto** 84. Tipo de vítima: **1. Masculino** 85. Tipo de vítima: **1. Branco**

86. Tipo de vítima: **1. Adulto** 87. Tipo de vítima: **1. Masculino** 88. Tipo de vítima: **1. Branco**

89. Tipo de vítima: **1. Adulto** 90. Tipo de vítima: **1. Masculino** 91. Tipo de vítima: **1. Branco**

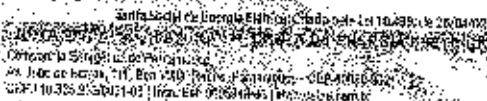
92. Tipo de vítima: **1. Adulto** 93. Tipo de vítima: **1. Masculino** 94. Tipo de vítima: **1. Branco**

95. Tipo de vítima: **1. Adulto** 96. Tipo de vítima: **1. Masculino** 97. Tipo de vítima: **1. Branco**

98. Tipo de vítima: **1. Adulto** 99. Tipo de vítima: **1. Masculino** 100. Tipo de vítima: **1. Branco**

CONTROLE DE SINISTROS
Gente Seguros S/A
Av. ...
100453
01 JUN 2018

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Membros Superiores	Membros Inferiores
Amputação								
Contusão								
Escoriação								
Ematoma								
Fratura								
Lesão								
Queimadura								
Tumor								
Outros								
TOTAL								



செய்தியை அறியுங்கள்

EDUCARZBAY SERRA SODALUR
SALGATE
05850-000

7020408504 08/2018

www.ck12.org

Table 1. Continued

TOTAL LAFAYETTE

[illegible]

Table 1. *Mean (SD) age, height, weight, and body mass index (BMI) of the participants in the study*

As a result, the company's earnings per share were \$1.00, compared with \$0.80 in 1999. The company's operating margin was 15.5%, compared with 14.5% in 1999. The company's return on assets was 10.5%, compared with 9.5% in 1999. The company's return on equity was 15.5%, compared with 14.5% in 1999. The company's debt to capitalization ratio was 0.50, compared with 0.45 in 1999. The company's current ratio was 1.50, compared with 1.40 in 1999. The company's quick ratio was 1.20, compared with 1.10 in 1999. The company's working capital was \$10.0 million, compared with \$9.0 million in 1999. The company's cash and cash equivalents were \$5.0 million, compared with \$4.0 million in 1999. The company's accounts receivable were \$10.0 million, compared with \$9.0 million in 1999. The company's inventory was \$5.0 million, compared with \$4.0 million in 1999. The company's property, plant, and equipment were \$20.0 million, compared with \$19.0 million in 1999. The company's intangible assets were \$10.0 million, compared with \$9.0 million in 1999. The company's total assets were \$50.0 million, compared with \$47.0 million in 1999. The company's total liabilities were \$20.0 million, compared with \$19.0 million in 1999. The company's total equity was \$30.0 million, compared with \$28.0 million in 1999. The company's total debt was \$10.0 million, compared with \$9.0 million in 1999. The company's total capitalization was \$40.0 million, compared with \$39.0 million in 1999. The company's total debt to capitalization ratio was 0.25, compared with 0.23 in 1999. The company's total debt to total assets ratio was 0.20, compared with 0.19 in 1999. The company's total debt to total equity ratio was 0.33, compared with 0.32 in 1999. The company's total debt to total capitalization ratio was 0.25, compared with 0.23 in 1999. The company's total debt to total assets ratio was 0.20, compared with 0.19 in 1999. The company's total debt to total equity ratio was 0.33, compared with 0.32 in 1999.

[illegible]

U 5 AGO. 2820

10-11-2011
 10-11-2011
 10-11-2011

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 10.935.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0995343-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 16.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 201 0142
Ouvintes 0800 202 5509
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ERALDO MORAES DE SENA

CPF: 135.538.134-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. MIN. MARCOS FREIRE 3281 AP-202

CASA CANAVALINDA
59130-040 OLINDA 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

19/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

068529159

CONTA CONTRATO

002792344014

Nº DO CLIENTE

2801625379

Nº DA INSTALAÇÃO

000205279

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Trêsleito

RESERVADO AO FISCO

96E3.72E8.58F7.9950.74CD.C3B9.97FC.F330

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	425,00	0,78063095	331,79
Ataque de Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Mun. Pública Municipal			17,46
ICMS Substituição CDE-NE 068529159-07/07/19			2,84
Bônus ITAPU - art 21 da Lei 18.438/2002			1,01
TOTAL DA FATURA			352,13

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
332,84	25,00	83,21	332,84	0,62	2,07	332,84	3,61	12,08

Términos Aplicados

Consumo Ativo (W/h) 0,78063095

HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (W/h)	VALOR (R\$)
JUL 19	425,00	331,79
JUN 19	445,00	345,00
MAY 19	445,00	345,00
ABR 19	479,00	373,00
MAR 19	479,00	373,00
FEV 19	399,00	309,00
JAN 19	399,00	309,00
DEZ 18	400,00	310,00
NOV 18	384,00	299,00
OCT 18	342,00	267,00
SET 18	357,00	279,00
AUG 18	382,00	299,00
JUL 18	325,00	255,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	R\$	%
Geração de Energia	190,37	56,88
Transmissão	11,08	3,39
Distribuição (Perdas)	72,82	21,85
Encargos Sociais	17,13	5,14
Tributos	38,61	11,53
Perdas de Energia	22,93	6,93
TOTAL	332,84	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W/h)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00600003121039319	CAT	05/07/2019	28.050,00	05/07/2019	28.515,00	30	1,00000	0,00	425,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
Jul/2019					
OTC-Nº de horas sem energia	0,00	4,40	0,67	19,34	
OTC-Nº de vezes sem energia	0,00	3,37	0,35	13,70	
OTC-Duração máxima de interrupção consecutiva	0,00	2,69	0,00	0,00	
OTC-Duração de interrupção em dia útil					Último dia útil: 12,22
Máx-Valor do Encargo de 30h = R\$ 120,01					
Todo consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores OTC, POC, OMC e TDCS e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Teste desatarraxe e artigos: governar cartas da fipe, devolva o caso escola / comercial fornecedor: av. coronel Frederico Lundgren 424 loja 91
Na data da fatura e bandeira em vigor é a Amarela. Não informações em www.aneel.gov.br.
Contribuição ICMS sobre substituição CDE, conforme Decreto Estadual 39.439/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Paga, em atraso para multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% (Lei 18.438/02) e atualização monetária no grão, má.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	350	389
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE ADN

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002792344014	07/2019	0,00	19/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em fatura física.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente,
Banco 001-9 Agência 8834

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

O Débito Automático em Conta Corrente é confiável, muito seguro
e você pode suspender o débito até três dias antes do vencimento.
Para maiores informações ligue 116

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruno da Mota SENA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 060473194 / 48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDINHO BARRA NOVA DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 390473398 / 27

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 390473398 / 27 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa Informar

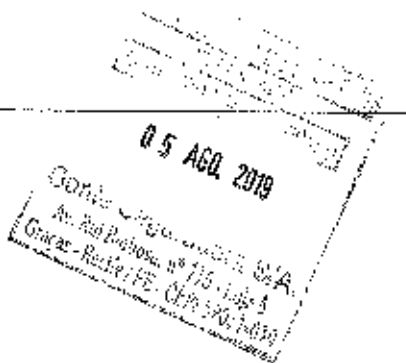
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. MIN. MARCOS FALCÃO</u>	Número: <u>3291</u>	Complemento: <u>AP 202</u>
Bairro: <u>CASA CAIADA</u>	Cidade: <u>OCINDO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>ADVBARRA@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>53130-940</u>	
		Tel.(DDD): <u>83 981521494</u>

Local e Data: SALVA 24/07/2019

Bruno da Mota SENA

Assinatura do Declarante



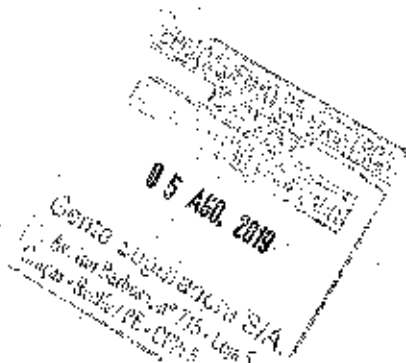
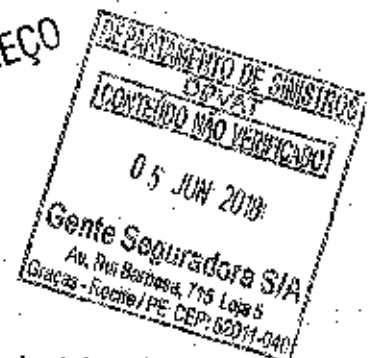
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Josemildo Maurício Jesuino
 RG nº 8.346.640, data de expedição 31/08/2004
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 101.541.104-50, com
 domicílio na cidade de Salão, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Varzea da Serra, nº 00,
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Edinhe Rorça Nova da Silva cujo o condutor era
Edinhe Rorça Nova da Silva
 Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/C100 Biz ES
 Ano: 2003/2003
 Placa: MT-0192
 Chassi: AC2HA07103R0U6196
 Data do Acidente: 07/05/2018
 Local e Data: Salão-PE 08/05/2018

Josemildo Maurício Jesuino **RECONHEÇO**
 Assinatura do Declarante

Edinhe Rorça Nova da Silva **RECONHEÇO**

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



Carmina Alves Silva
 Tabellã
 Rua José Florentino Alves, n. 51, Centro
 Salão-PE, Cep: 55050-000

☐ 3. Cópia autêntica de RG
☐ 4. Foto recente

CONTINUIDADE DE SIGNATURA
CONTINUIDADE NÃO VERIFICADA
 05 JUN 2018
 Gante Seguros para S/A
 Av. Brasil, 1000, 7º loja 5
 São Paulo - SP CEP: 02011-040

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Nome: Carlinhos Berra Nova da Silva Idade: 32

Situação/Queixa:

Acidente de Moto + Alcolização

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA

VIA PÚBLICA

TRABALHO

UNIDADE DE SAÚDE:

Doenças Preexistentes:

Medicações em uso:

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

PARÂMETROS

PA: 160/100 P: 100 R: 12 T: 36.5 SpO2: 98 HGT: 1.70 Peso: 75 Glasgow: 15

RÉGUA DE DOR

LEVE

MODERADA

GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente

Orientado

Desorientado

Ansioso

Calm

Agitado

Torporoso

Comatoso

Não atende voz de comando

Ritmo Sinusal

Palpitações

Taquicardia

Bradycardia

Dispneias aos esforços

Dispneia de repouso

Dispneia de noturna

Cianose

Palidez

Sudorese

DOR TORÁXICA

INTENSA

MODERADA

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E

Braço D

Escápula

Mandíbula

Tórax posterior

Abdôme

DOR PRESENTE

EM REPOUSO

AOS ESFORÇOS

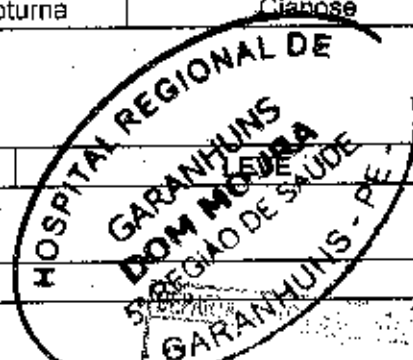
QUANDO RESPIRA

Fluxograma:

João Antão + Amigão

Data: 27/10/2018

Assinatura/Carlinhos



3.5.6.0, 2019

Genes
Rua Galvão, nº 215 - 1º andar
Garanhuns - PE - CEP: 55.000-000

Assinatura/Carlinhos
27/10/2018

CONDUTA DE ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura/Carimbo

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
35005	27/02/2018 às 19:48:15		CLÍNICA ORTOPÉDICA

Formações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000097306 - EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

US: 898004025556229 Nascimento: 25/05/1986 Idade: 31 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Casado(a) Profissão: AGRICULTOR, Naturalidade: SALOÁ Nacionalidade: Brasileiro

Documento: 3 - 8184593
Filiação:
Pai: LUIZ LEITE DA SILVA
Mãe: MARIA BARRA NOVA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO LAGUINHA, Nº. Complemento:

Bairro: ZONA RURAL Cidade: Saloá UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Emergência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Saloá Meio de Transporte:

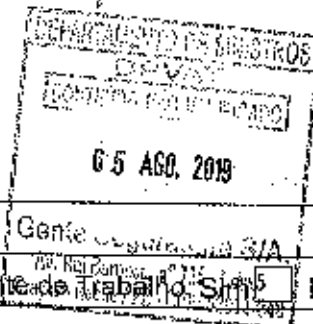
Atendimento Médico:

Data: / Hora: Médico: CRM: /

Queixa Principal:

A:

Dor e dificuldade @ após queda de moto



História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Isolado: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐

Envolvimento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:

Local do Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Imobilização: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:

Indicações de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

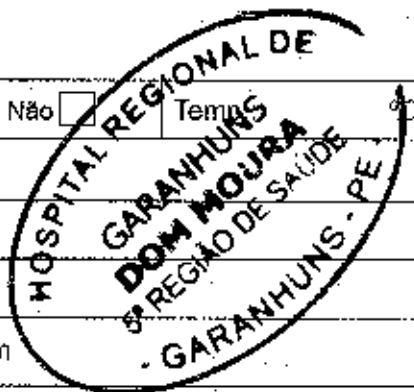
Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temperatura:

Respiratório

Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Escala: Hora:



E: Abdômen

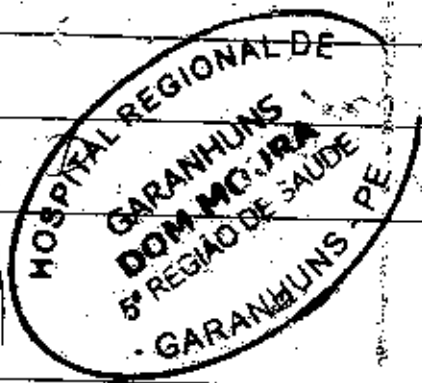
Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

medicaz e "óito"
prevenção
Ao pulmões



Cód. Procedimento:

Dr. Ailton P. ...
Trenhens-Ortopedista
TEO 1738-522.9724

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

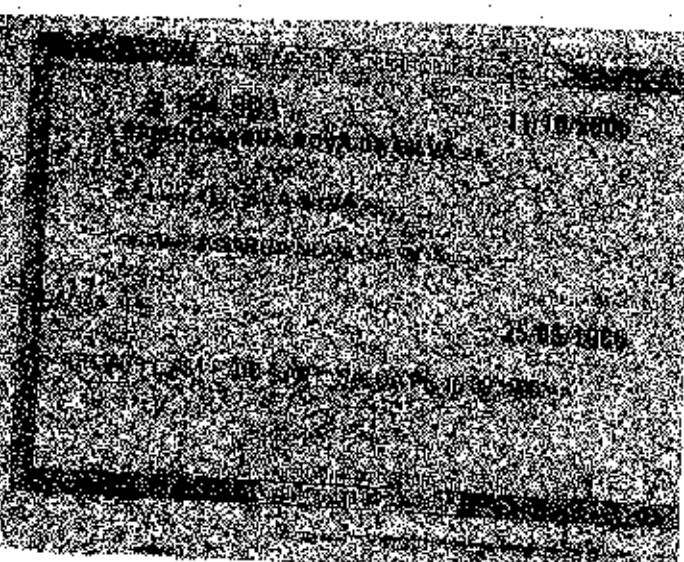
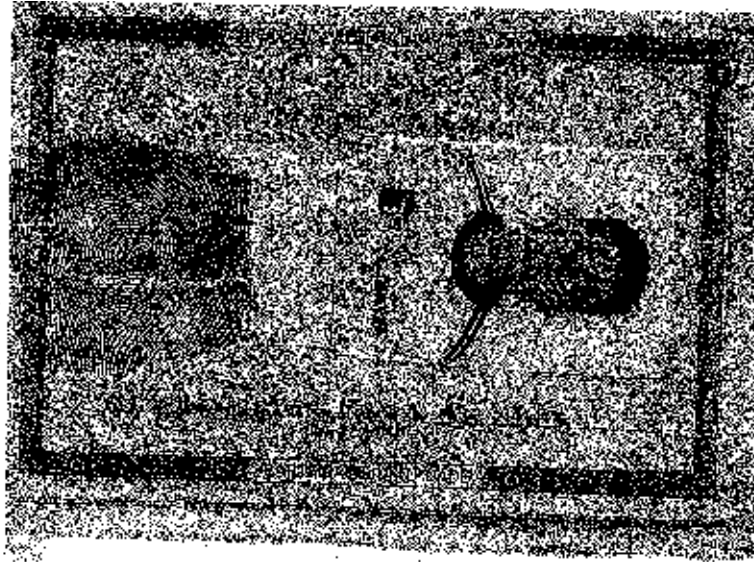
Data: Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA E FINANÇAS
SECRETARIA DE TRIBUTAÇÃO
INSTRUMENTO DE RECEITA Nº 12.000.000.000
DATA 12/06/2018
VALOR R\$ 1.000.000,00
PAGAMENTO EM 12/06/2018

CODIGO DE CONTROLE
12.000.000.000.000
INSTRUMENTO DE RECEITA Nº 12.000.000.000
DATA 12/06/2018
VALOR R\$ 1.000.000,00
PAGAMENTO EM 12/06/2018

RECEBIMENTO DE PAGAMENTO
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Graguá - Recife/PE CEP: 52011-040

RECEBIMENTO DE PAGAMENTO
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Graguá - Recife/PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190461916 **Cidade:** Saloá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINHO BARRA NOVA DA SILVA **Data do acidente:** 27/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 05 // CONFORME DOCUMENTO MÉDICO APRESENTADO NA PÁGINA 05, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264664/19

Vítima: EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

CPF: 390.473.398-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2018

Titular do CPF: EDINHO BARRA NOVA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BRUNO DE ARAUJO SENA : 060.473.174-48

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

EDINHO BARRA NOVA DA SILVA : 390.473.398-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: BRUNO DE ARAUJO SENA
CPF: 060.473.174-48

BRUNO DE ARAUJO SENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino