
Rio de Janeiro, 31 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711133

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO CEZARIO 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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711133

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GERALDO CEZARIO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711133

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO CEZARIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GERALDO CEZARIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000570-3

Conta: 000010022860-7

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: 292.102.914-68 4 - Nome completo da vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: GERALDO CEZARIO DA SILVA 6 - CPF: 292.102.914-68
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA DOM ESPEDITO LOPES 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-999129089

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) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0570 3 CONTA: 22860 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascos)? ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 02/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -
DP167ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0257002101**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **13:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **2/9/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: AV. MANOEL VIRGÍNIO SOBRINHO, PE 320 - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CLÁUDIO (AUTOR \ AGENTE)
TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
GERALDO SEZÁRIO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GERALDO SEZÁRIO DA SILVA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA

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

GERALDO SEZÁRIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MACENA DE LIMA Pai: LIBERATO SEZÁRIO DA SILVA Data de Nascimento: 4/2/1954 Naturalidade: CARNAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3391337/SDS/PE (RG), 29210291468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Residencial: RUA DOM EXPEDITO LOPES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 6 - CEP: 0 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CLÁUDIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): GERALDO SEZÁRIO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: MUO5899 (PERNAMBUCO/AFOGADOS DA INGAZEIRA)
Ano Fabricação/Modelo: 1987/1987

CORSA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CLÁUDIO, que estava em posse do(a) Sr(a): TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/GM/CORSA Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA AFIRMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS ESTAVA VINDO DA LOCALIDADE DE DE IBITIRANGA EM SUA MOTOCICLETA QUANDO NO TRECHO DO TREVO QUE DÁ ACESSO PARA ESTA CIDADE E AO FAZER A ROTATÓRIA COM DESTINO AO CENTRO DESTA CIDADE FOI ABALROADO POR UM VEÍCULO CORSA QUE ERA CONDUZIDO POR UM RAPAZ APENAS IDENTIFICADO PELO PRÉ NOME DE CLÁUDIO, QUE O ATINGIU POR COMPLETO NO LADO ESQUERDO DA MOTOCICLETA; QUE DO ACIDENTE, ELE GERALDO SOFREU UMA FRATURA EM SUA PERNA ESQUERDA; QUE O AUTOR DO ACIDENTE NÃO LHE SOCORREU E FORAGIU-SE DO LOCAL COM DESTINO A CIDADE DE CARNAÍBA. A MOTOCICLETA EM QUESTÃO ESTÁ LICENCIADA EM NOME DE TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA

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

GERALDO SEZÁRIO DA SILVA
(VITIMA)

Gerardo Sezário da Silva

B.O. registrado por: JOSÉ HUMBERTO SIQUEIRA - Matrícula: 380996-0



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: 292.102.914-68 4 - Nome completo da vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: GERALDO CEZARIO DA SILVA 6 - CPF: 292.102.914-68
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA DOM ESPEDITO LOPES 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-999129089

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) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0570 3 CONTA: 22860 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascos)? ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 02/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO CEZARIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00570-3

CONTA: 000010022860-7

Nr. da Autenticação 2E56C64506D52D41



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

~~NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA~~

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0035943-92 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GERALDO CEZARIO DA SILVA

CPF 292 102 914-88

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOM ESPERIDIO, 1065 12

PE PEREIRA/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

Nº DA SOLICITAÇÃO	DATA	EMPRESA
000002520	UNICA	27/11/2019
Nº DA SOLICITAÇÃO	Nº DA COTAÇÃO	Nº DA NOTIFICAÇÃO
27/11/2019	2002542392	6281932

CONDA CERTIFICATO	SEDAU
7022432731	11/2019
DATA DI VOTAMENTO	28/12/2019
04/12/2019	
52.90	

DESCRIZIONE DATA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(W/H)			
Acrescimo Bandeira AMARELA	54,0000000	0,78865762	42,48
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,11
Contrib. Iltm. Pübica Municipal			2,69
ICMS Substancia- CDE-NF 02/2012-25/09/12			6,92
			0,52

TOTAL DA FATURA

506

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0123558736	CAT	28/10/2018	2 495,00	07/11/2018	2 544,00	30	1,0000		49,00

HISTÓRICO DE CURSOS

Month	Miles	Knee
NOV18	54	48
OCT18	64	52
SEP18	72	58
AUG18	41	45
JUL18	58	55
JUN18	81	65
MAY18	90	75
APR18	63	60
MAR18	42	48
FEB18	40	45
JAN18	40	45
DEC18	53	55
NOV19	60	62

Information Systems by Roberto

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
45,48	25,00	11,37
45,49	0,02	0,01
45,49	4,25	1,93

CHANGING PRACTICES

COPROPRIEDADE DO CONSUMIDOR		
Geração de Energia	R\$	15,81
Transmissão	R\$	1,26
Distribuição (Cajipe)	R\$	3,43
Perdas de Energia	R\$	2,37
Encargos Setoriais	R\$	2,21
Tributação	R\$	13,74
Total	R\$	40,40

Camponotus pennsylvanicus

TRANSFER APPLICATIONS

44-29562-2

F14B B7DE 07B5 1B71 4BBA E73A 7BBD CAGB

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

As obras, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), foram produzidas em 2010, com o objetivo de promover a educação ambiental e a conscientização da população sobre a importância da preservação do meio ambiente.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

	CONJUNTO	VALOR APROVADO R\$ 0219	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DVC	AFOGADOS DA BOAZEPHA	0,00	0,03	12,06	24,12
FIG		0,00	3,36	6,72	13,45
GERE		0,00	3,54	0,00	0,00

OFFICE OF VERMA

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

Landing OATS: 1.2.32

BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 18,31



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

DADOS DO CLIENTE

JOAO VIANEY V SILVA MERCEARIA ME

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA HENRIQUE DIAS 288

CNPJ 70 221 486/0001-73

CENTRO AFOGADOS DA INGAZEIRA

AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE

56800-000

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL

COMERCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	ANO	PERÍODO
081106808	ÚNICA	16/10/2018

DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
16/10/2018	2011844471	8850

CONTA CONSUMIDORA	PERÍODO
7008375172	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
23/10/2019	16/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	260,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR
Consumo Ativo (kWh)	256,0000000	0,81069952	
Acrescimo Bandeira AMARELA			
Acrescimo Bandeira VERMELHA			
Contrib. Ilum. Pública Municipal			
ICMS Subvenção - CDE-NF 073440443-15/05/19			
Multa por atraso - NF 073440443-15/05/19			
Juros por atraso - NF 073440443-15/05/19			

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO
732328	CAT	13-09-2018	72 078,00	16-10-2018	72 034,00	23	1,00000

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)
OUT 18	256
SET 18	201
AUG 18	208
JUL 18	205
JUN 18	204
MAY 18	204
ABR 18	200
MAR 18	201
FEV 18	426
JAN 18	319
DEZ 18	408
NOV 18	445
OUT 18	421

RECONSTITUIÇÃO DE VALORES

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	218,04	25,00
PIS	218,04	1,26
COFINS	218,04	5,95

COMPOSIÇÃO DE VALORES

Descrição de Energia	R\$
Transmissão	7,58
Distribuição (Celpe)	45,94
Perdas de Energia	14,42
Energia Solarizada	15,05
Tributação	76,20
Total	219,24

(Unidade R\$-10000)

TAXAS APLICÁVEIS

0,00

INSCRIÇÃO DE FISCAL

0005 2008 8002 0001 0001 5545 8908 9554

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações sobre o funcionamento do sistema de medição de energia elétrica, consulte o site da CELPE. A tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até 5 salários mínimos e que não tenham acesso a outros programas de tarifa social. A tarifa social é concedida por meio de uma inscrição no sistema de medição de energia elétrica, que deve ser feita pelo consumidor. A inscrição é feita por meio de um formulário disponível no site da CELPE. O consumidor deve preencher o formulário e enviar para a CELPE. A inscrição é feita por meio de um formulário disponível no site da CELPE. O consumidor deve preencher o formulário e enviar para a CELPE.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR	STATUS
20/09/19	28/09/19	21/09/19	1,00	Em aberto

Esta conta está em aberto devido ao não pagamento da última parcela. O consumidor deve pagar a última parcela para regularizar a situação. O consumidor deve pagar a última parcela para regularizar a situação. O consumidor deve pagar a última parcela para regularizar a situação.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site da CELPE. O consumidor deve ler as condições gerais de fornecimento de energia elétrica antes de utilizar o serviço.

DESCRIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DAS INFORMAÇÕES

CONSUMO AFOGADOS DA INGAZEIRA	VALOR APOSENTO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	1,77	6,03	12,06	34,12
FEV	1,02	3,36	6,72	13,45
OUT	0,00	3,54	0,00	0,00

Limite DIC: 12,22

ELSD - Valor do Recargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 75,30

LIMITE DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231
380	350 - 399

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 06 | 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Helene Siqueira - lateral Sile
inscrito (a) no CPF/CNPJ 589.391.134-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Geraldo Cesario da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 292.102.914/68
do sinistro de DPVAT cobertura invalidz da Vítima Geraldo Cesario da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>R. Benigno Viana</u>	Número: <u>288</u>	Complemento: <u>000</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Agoardos da Lagoa</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56800-000</u>	Tel.(DDD): <u>87-999129089</u>

Local e Data: Agoardos da Lagoa - PE 03.12.2019

Helene Siqueira - lateral Sile
Assinatura do Declarante

ENF LETO

LETT

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

Registro N° 95.544

Data 09/09/79

Hora _____

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

PACIENTE

Nome: Gevaldo Cesarino Silva Categoria: SUJ

Sexo: M Idade: 04/02/1984 Cor: P Estado Civil: Des casado

Naturalidade: Edimburgo Profissão: Arquiteto

Endereço: Rua Santa Catarina - 03 - Pq. Ind. P.

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Isabel Macleira de F. Parentesco: Mãe

Endereço: Idem João da Travençolo da Silva Parentesco: filho

Internado por Ordem de _____

Ass. Médico - CRM

☐ Clínico☐ Cirúrgico

Hora do Atendimento Médico.

Pressão Arterial _____ MX _____ MN _____ Pulso _____ RRM _____

Temperatura _____ °C

Queixa Principal: trauma no punho esquerdo e ombro @ após acidente

História da Doença Atual

ATENÇÃO MÉDICA

Parents will have a meeting with me to discuss my
work (a) & personal (b)

Confere Com o Original
10.583.920/0001-02
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. Manoel Vianna, 87N - KM 01
CE 320 - CEP 66.800-000
Apoio do Ministério da Saúde - PE

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Gualdo Szauro Silva

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

transfusão cirúrgica fx di hsa esf

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
02/07/15						

- 1) fxi em ADH sob anest.
- 2) fxi to assepsia + anti-sepsia
- 3) fxi to lúpus, transtun. c/ tou
- 4) substituição tecido disintetizável
- 5) fxi to redução + fixação c/ placa dcp 4,5 8mm + 6 parafusos
- 6) fxi to por plom
- 7) fxi to
- 8) fxi to controle OK.

10.583.920/0010-24
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. ... CEP 56.600-000
Lagoa de Ingazeira - PE

1º Auxiliar

Dr. Talles M. Amaral
Médico
CRM-PE 23076

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Jefferson José Sousa
Cirurgião do Trauma Infantil
CRM-PE 23076
Lagoa de Ingazeira - PE

PatientID: 201909022326
PatientName: GERALDO SEZARIO DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 04.02.1954
Age: 65a.

Data do estudo: 02.09.2019

DI



PatientName: GERALDO SEZARIO DA SILVA

BirthDate: 04.02.1954

Age: 65a.



Image 1 of 1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3 391.337

29/01/2009

GERALDO SEZARIO DA SILVA >>

LIBERATO SEZARIO DA SILVA >>

JOSEFA MACENA DE LIMA >>

04/02/1954

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 116 DE 28/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

02R-11

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALIAÇÃO DE

PO. 102.914.68

GERALDO CEZARIO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

C/C

NASCIMENTO

04.02.54

INSCRIÇÃO NO CPF

292 102 914 68

CONTRIBUINTE

GERALDO CEZARIO DA SILVA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA 2.761.780 DATA DE EMISSÃO 26/04/2017

REDAÇÃO << HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

PRIMEIRO << ANTONIO DE PAULA LIBERAL >>
<< HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

INTERVENIÊNCIA DATA DE NASCIMENTO
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE 16/09/1965

DEL. CRIM. << CC. 1.362 L.B-2 F.108 CART. 1º
AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 06.10.1993 >>

589.391.134-20

LE Nº 7.115 DE 29/08/83

F-76 173.103 - 3021

E-01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

CORRETORES DE DIÁLOGOS SOCIAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS EM
ORÇ. CARGA
SEGURO DPVAT

PENº 6466343328

BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA
RUA PEDRO BATISTA TAVARES 416
CASA-ZONA RURAL
56800-000 AFOGADOS DA INGAZIRA-

CPF/CCP

PLACA

049.019.714-09

MUD5899

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PENº 6466343328

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2005

26/10/05

NOME/ENDEREÇO

TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA
RUA PEDRO BATISTA TAVARES 416
CASA-ZONA RURAL
56800-000 AFOGADOS DA INGAZIRA-

CPF/CCP

PLACA

049.019.714-09

MUD5899

DE RENAVAM

MARCA/MODELO

27293767

HONDA/CG 125

ANO FAB

CTM

CHASSI

187

09

9C2JC1801HR137082

PREMIO ANUAL (R\$)

ICF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO

Nota Fiscal

5,50

**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: 3190711133
Nome do(a) Examinado(a): Geraldo Cezario da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Espedito Lopes, 12 Casa
Pontes Afogados da Ingazeira PE CEP: 56800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 3391337
Data local do acidente: [02/09/2019]
Data local do exame: [07/01/2020] CUSTODIA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA PERNA DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE NO DIA 02/09/2019 COM FRATURA DE PERNA ESQUERDA. FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS E HASTES, COM ALTA HOSPITALAR DIA 06/09/2019 E ALTA DEFINITIVA EM 10/11/2019
Complicações: ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.
Data da Alta: 10/11/2019

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

ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.

- 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:

CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, ANDAR CLAUDICANTE, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.

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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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

Região Corporal (Sequela):

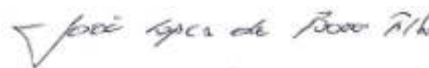
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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

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

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Joao Lopes de Barros Filho
CPF - 475.799.434-68
CRM/PE - 15988


João Lopes de Barros
Clínica Médica
Médico do Trabalho
CRM-PE: 15.988
CRM-PB: 10.208

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Genaldo Cavaco de Silveira
 DATA DO ACIDENTE 02.03.2019 CPF DA VITIMA 292.102.914-68
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Heolinda Siqueira - Leilani Silveira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
AVITIMA É PROCURADOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Benigno Dias
 Nº 288 COMPLEMENTO cas BAIRRO Paulista
 CIDADE Atogates da Hungria - UF PE CEP 56800-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (33) 99312-9085

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

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

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMALÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 120-4

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 296.1780ASSINATURA AB

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA DE ACIDENTE NO DIA 02/09/2019 COM FRATURA DE PERNA ESQUERDA. FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS E HASTES, COM ALTA HOSPITALAR DIA 06/09/2019 E ALTA DEFINITIVA EM 10/11/2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA DE ACIDENTE NO DIA 02/09/2019 COM FRATURA DE PERNA ESQUERDA. FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS E HASTES, COM ALTA HOSPITALAR DIA 06/09/2019 E ALTA DEFINITIVA EM 10/11/2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO/TRAUMA EM OMBRO DIREITO-P.1.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA-P.1,3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) -(TÍBIA)-E ALTA MÉDICA.
P.1,3.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 65 ANOS./LAUDO E EXAME DE IMAGEM-P.4,5/FOLHA CIRÚRGICA-P.3.
- 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: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO/TRAUMA EM OMBRO DIREITO-P.1.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA-P.1,3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) -(TÍBIA)-E ALTA MÉDICA.
P.1,3.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 65 ANOS./LAUDO E EXAME DE IMAGEM-P.4,5/FOLHA CIRÚRGICA-P.3.
- 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

OUTORGANTE: GERALDO CEZARIO DA SILVA, brasileiro, agricultor, casado, residente e domiciliado na rua dom expedito Lopes, Nº 12, Bairro: padre Pedro pereira AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE CEP 56800-000, portador do RG Nº 3.391.337 SDS/PE e CPF: 292.102.914-68.

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estada civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a)outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) GERALDO CEZARIO DA SILVA (a) ocorrido em 02/09/2019, conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE, 02/12/2019.

OUTORGANTE

geraldo cezario da Silva

CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da IngaZEIRA (PE).
Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de GERALDO CESÁRIO DA SILVA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 e FUNSEG R\$ 0,08, ISS: 0,08 TOTAL: 4,91 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. 02/12/2019 11:54:20 - ANNA KARLA GOMES PATRIOTA - Escrevente
Selo:0150599.VBK11201901.01414

Anna Karla Gomes Patriota

Anna Karla Gomes Patriota
Escrevente Substituto

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460979/19

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

CPF: 292.102.914-68

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: GERALDO CEZARIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

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

GERALDO CEZARIO DA SILVA : 292.102.914-68

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: 19/12/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA