



Número: **0016487-13.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON DANTAS DE BARROS (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66325515	14/08/2020 11:18	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190590853

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON DANTAS DE BARROS

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

Carta nº 14989410

Pag. 00889/00890 - carta_01 - INVALIDEZ

00100445





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190590853 Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS

Data do Acidente: 29/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAILSON DANTAS DE BARROS

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 06/09/2019, emitido pelo Dr. ENIO SIBÉRIO CRM nº 12973 - PE, da Instituição HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00549/00550 - carta_31 - INVALIDEZ

00290275



Carta nº 15005265



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
035.778.704-86 JAILSON DANTAS DE BARROS

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

5 - Nome completo: JAILSON DANTAS DE BARROS 6 - CPF: 035.778.704-86
7 - Profissão: R. INFORMAR 8 - Endereço: RUA JESUS TE AMA 9 - Número: 39 10 - Complemento: 60D-UI LT-24
11 - Bairro: SÃO DOMINGOS 12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55130-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (31) 99161-3907

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 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: INTER
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 4010777 9
(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, ressaltando e dando, desde já e somente após a efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BREJO DA MADRE DE DEUS 09/10/2019

JAILSON DANTAS DE BARROS

(*) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



554383
0363302/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003596**

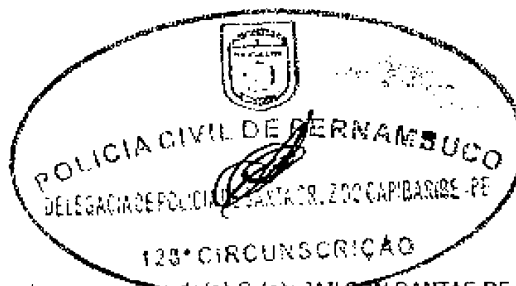
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/09/2019** às **18:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/6/2019** às **11:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NO SEMAFORO QUE DAR ENTRADA AO BAIRRO BELA VISTA** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JAILSON DANTAS DE BARROS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON DANTAS DE BARROS**

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

JAILSON DANTAS DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEONICE PRUDENCIO DE SOUZA** Pai: **GENTIL DANTAS DE BARROS** Data de Nascimento: **27/12/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5276096/SDS/PE (RG), 03577870486 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 978100044**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA JESUS TE AMA, 39, SÃO DOMINGOS, -**

CEP: 0 - Bairro: SÃO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PROXIMO DA RODOVIARIA - CEP:**

55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 -**

Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON DANTAS DE BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON DANTAS DE BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**



Placa: **PFJ7486** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **331102032** Chassi: **8C2KC1670BR574547**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

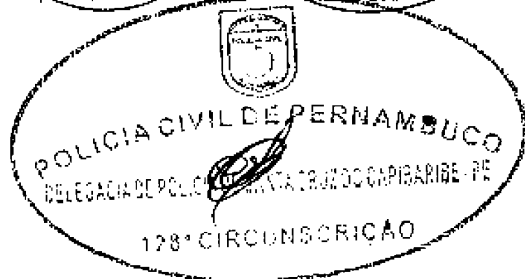
Complemento / Observação

A VITIMA CONFIRMA QUE NO DIA 29 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 11:40 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA, SENDO QUE NA RODOVIA PE-160, NO SEGUNDO SEMAFORO QUE DAR ACESSO AO BAIRRO BELA VISTA, AO PARAR A SUA MOTOCICLETA POR CAUSA DO FAROL VERMELHO, UMA CAMINHETE S-10 DE COR BRANCA COLIDIU NA TRAZEIRA DA SUA MOTOCICLETA, FICANDO FERIDO NO OMBRO DO LADO DIREITO DO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Jailson Dantas de Barros
JAILSON DANTAS DE BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3845779**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

035.778.704-86

JAILSON DANTAS DE BARROS

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):

JAILSON DANTAS DE BARROS

035.778.704-86

R. INFORMAR

RUA JESUS TE AMA

39 60-01 LT-24

SÃO DOMINGOS

BREJO DA MADRE DE DEUS PE

5570-000

15 - E-mail: / /

16 - Tel.(DDD): (31) 99161-3907

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 4010777 9

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, ressaltando e dando, desde já e somente após a efetuação da crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BREJO DA MADRE DE DEUS 09/10/2019

JAILSON DANTAS DE BARROS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) JAILSON DANTAS DE BARROS, CPF: 035.778.704-86, RG-5.276096 SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0235 , REG- 24.672, no dia 29 de junho de 2019, às 11:00H e 56min, na Av. Bela vista , com queixa de queda de moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10 DE SETEMBRO 2019

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____





Terceira Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE CEP 50051-002
 CEP 50.050-000 (Recife) - Fone: 085 3243-41 - www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JAILSON DANTAS DE BARROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JESUS-TE-ANA 39 QD-UI LT-24

CPF 035 778 764-56

SÃO DOMINGOS/SÃO DOMINGOS
 RUA JESUS-TE-ANA 39 QD-UI LT-24
 55700-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

075216488 UNICA 27/08/2019
 27/08/2019 00:28/0405 5771886

7008735821 08/2019
 03/08/2019 25/08/2019
 67,73

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Energia Elétrica	75,000000	0,7564572	56,73
Adicional Bandeira AMARELA			0,00
Adicional Bandeira VERMELHA			0,00
Contribuição PFC			0,00
ICMS Substituição ICMS NF 06758863-26/08/19			0,00
Multa por atraso NF 06758863-26/08/19			1,29
Juros por atraso NF 06758863-26/08/19			0,00
Multa por atraso NF 06758863-26/08/19			0,00

TOTAL DA FATURA 57,73

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
07/08/2019	07/08/2019	5.837,30	07/08/2019	5.837,30	07/08/2019	1.250,00		15,00

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
07/08/2019	07/08/2019	5.837,30	07/08/2019	5.837,30	07/08/2019	1.250,00		15,00

Atenção: Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para garantir a validade jurídica, recomendamos que o documento original seja armazenado em local seguro e acessível.

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
07/08/2019	07/08/2019	5.837,30	07/08/2019	5.837,30	07/08/2019	1.250,00		15,00

CÓDIGO CONTROLE 7008735821
 DATA DE VENCIMENTO 03/09/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 67,73
 8364000000-8 67730011007-0 00873582110-0 14179978933-3

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 ADRIANA MARIA NOVA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAILSON DANTAS DE BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.778.704 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura 3. NÚMERO 102 da Vítima JAILSON DANTAS DE BARROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.778.704 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>PFSEGUROS@9940YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98129-8619</u>

SANTA CRUZ DO 10 de SETEMBRO de 2019
CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M. Nova de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



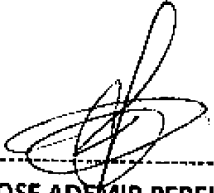


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JAILSON DANTAS DANTAS DE BARROS** nascido em 27/12/1978 esteve nesta unidade hospitalar no dia 29/06/2019 por volta das **12h23min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 12 de SETEMBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

 RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
 CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0243068 29/06/2019 12:23:16

Paciente: JAILSON DANTAS DE BARROS

Código: 0248704

Sexo: MASC

D. Nasc.: 27/12/1978

SUS:

RG:

Idade: 41 ANOS

Profissão: OUTROS

CPF: 03577870486

Filiação: Mãe: CLEONICE PRUDENCIO DE SOUZA

Pai: GENTIL DANTAS DE BARROS

Endereço: RUA JESUS TE AMA 39

Bairro: CASAS DA CAIXA SÃO DOMINGOS

Estado: PERNAMBUCO

CEP: 55178 000

Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS

Fone: 81 9 9284 8026

Pressão Arterial: 120 x 80 - f

Pulso: 106 SpO2 - 97%

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Paciente vítima de acidente de ~~trabalho~~ moto,
 queda há 1 hora, dor em ombro (D)

Exame Físico:

Ex fis. Dor à palpação em ombro (D)

Diagnóstico Provisório:

Conduta: ① Voltar ao TA (M) 12:45 h
 ② Solicitar Rx de ombro (D)

Liberação do Paciente: Data: 1/1 Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

De ombro (D) sem evidência de fratura, com limitação do movimento
 (D) Alta + analgésico a casa + encaminhamento ao ortopedista





FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA OU EXAME COMPLEMENTAR*

Unidade Solicitante: _____

Nome do Usuário: DAILSON SANTOS DE SAU

Prontuário: _____ CNS: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Telefone: () _____

Endereço: _____

Solicitação de PRAC-ORÇAMENTO - ORTOPÉDICO

HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA:

sequelas de trauma

CID Principal:

M75 -

Exames e Tratamentos já realizados:

RM do ombro Q

Prioridade: () Não ☒ Sim (Sempre justificar indicação de prioridade)

Data: 27/08/18

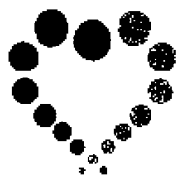
Profissional Solicitante:

*Todos os campos deverão ser preenchidos

Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior

Rua Elias Ferreira nº 125 - Dona Dom - Santa Cruz do Capibaribe-PE CEP: 55190-000
Fones: (81) 3731-3564 / 3731-3877 | Fax: (81) 3731-3877 | CNPJ: 11.196.515/0001-25





HUMANA
DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

(81) 3731.8825 | 9 9900.8656

www.humanadiagnosticos.com.br

Rua Maestro Alexandre, 117, Nova Santa Cruz,
CEP 55.194-321 Santa Cruz do Capibaribe - PE

Nome: JAILSON DANTAS DE BARROS
Solicitante Dr: CLEANTO PIO DE S. CHAVES
Dt.nasc.: 27/12/1978 Idade: 40 ANOS
Data: 03/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ANÁLISE:

Tendão da cabeça longa do bíceps de espessura e ecotextura preservada.

Pequena quantidade de líquido peritendinoso bicipital, inferindo derrame articular.

Manguito rotador e seus tendões (supraespinhoso, infraespinhoso e subescapular) de aspecto, textura e ecogenicidade normal.

Bursa subacromio/sulcótóidea e subescapular de tamanho normal, não há líquido patológico.

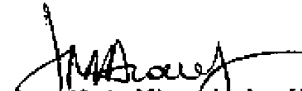
Irregularidades na cortical óssea do úmero proximal, sobretudo na região da grande tuberosidade, com pequenos destacamentos ósseos, compatível com pequenos traços de fraturas.

Articulação acromio-clavicular sem alterações significativas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Irregularidades na cortical óssea do úmero proximal, sobretudo na região da grande tuberosidade, com pequenos destacamentos ósseos, compatível com pequenos traços de fraturas.

- Pequena quantidade de líquido peritendinoso bicipital, inferindo derrame articular.


Dr. Janilé de Miranda Araújo
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PE - 21033 CRM/PB - 7901

Dr. André Ventura da Nóbrega CRM/PE: 19003 | Dr. Arthur José Ventura CRM/PE: 17143
Dr. Diogo Araújo CRM/PE: 19948 | Dr. Filipe Aragão Felix CRM/PE: 18785
Dr. Janilé de Miranda CRM/PE: 21033 | Dra. Juliana Cavalcanti CRM/PE: 20098
Dra. Milena Velga CRM/PE: 18270 | Dr. Rafael Borges CRM/SP: 131683
Dr. Ramonê de Miranda CRM/PE: 18301 | Dr. Ygor VV Felipe Barbosa CRM/PE: 19005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSTITUCION DE 1934
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DO TRIBUNAL

Nome: WILSON DANTAS DE BARROS

Doc. Identidade / RG - Pessoa / UF: 5276894 RGS PE

CPF: 835.776.704-88 **Data Nascimento:** 27/12/1978

Profissão: GABRIEL DANTAS DE BARROS
CLASSE DE PROFISSIONAL DE BOMBA

CPF Registro: 04110281790 **Vigência:** 21/03/2028 **Vigência:** 31/05/2007

Observações:
NENHUMA

Assinatura: WILSON DANTAS DE BARROS

Local: SANTA CRUZ DO CAPIM - PE **Data Emissão:** 20/03/2017

Assinatura: [Assinatura] **CPF:** 64768162701 **PROF:** 77795121

PERNAMBUCO

VÁLID. EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421847341

PROBADO PLASIFICAR
1421847341





Nota Fiscal
Obrigação Fiscal de Pagamento de Impostos de Renda
CNPJ 16.658.012/0001-20 | Inscrição Estadual 15.000.000-01

DADOS DO CLIENTE
ACRÍLIA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3
CENTRO-SANTA CRUZ DO CAPANGUIPE
SANTA CRUZ DO CAPANGUIPE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO: 08/08/2019
DATA DE VENCIMENTO: 08/08/2019
CNPJ: 16.658.012/0001-20
CPF: 945.234.444-04

7008475460
12/08/2019
08/10/2019
84,88

Consumo Residencial
Academia Barreira Vermelha
Cidade: Dourados
Cidade: Dourados
Cidade: Dourados

Valor Total: 84,88
Valor de Venda: 84,88
Valor de Desconto: 0,00
Valor de Imposto: 0,00
Valor de Retorno: 0,00

TOTAL DA FATURA

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Consumo Residencial	1	84,88	84,88

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
2	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
3	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
4	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
5	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
6	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
7	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
8	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
9	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
10	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
11	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
12	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
13	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
14	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
15	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
16	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
17	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
18	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
19	Consumo Residencial	1	84,88	84,88
20	Consumo Residencial	1	84,88	84,88

Nota Fiscal emitida eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 11:18:13
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 11:18:13
Número do documento: 20081411181352200000065071635

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

VÁLIDA EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERREIRA
CPF: 945.234.444-04
RG: 12.345.678-9
Data de Nascimento: 08/07/1976
Data de Emissão: 03/04/2021
Data de Validade: 17/06/2023
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 11:18:13
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 11:18:13
Número do documento: 20081411181352200000065071635



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

DETRAN - PE Nº 014802035027
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 SMT - ANEXO - Anexo 2 - 2019
 1 3333333333 2019

NOME
 TAILSON DANTAS DE BARROS
 3 C CAPTIBARINE PE
 025.778.704-96
 025.778.704-96
 025.778.704-96

PLACA
 025.778.704-96
 025.778.704-96
 025.778.704-96

PAIS / MOTOCICLETA / PRIMO VAN ALCO / GASON
 025.778.704-96
 025.778.704-96
 025.778.704-96

025.778.704-96
 025.778.704-96
 025.778.704-96

025.778.704-96
 025.778.704-96
 025.778.704-96

025.778.704-96
 025.778.704-96
 025.778.704-96

025.778.704-96
 025.778.704-96
 025.778.704-96

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder SCS
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363302/19

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS

CPF: 035.778.704-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: JAILSON DANTAS DE
BARROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JAILSON DANTAS DE BARROS : 035.778.704-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA APILSON DANIEL DE BARROS
 DATA DO ACIDENTE 29/06/2019 CPF DA VÍTIMA 035.748.104-86
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDRILSON MACHADO DE ALEMANOS
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID. PARALELO COM
 A VÍTIMA E:
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ROSELIRO ALVES DA ROCHA
 Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CEARÁ
 CIDADE SEQUEIRA CARIBARIÓ UF PE CEP 55192-305
 E-MAIL DESSENVOLVIMENTO@OLYMPIOS.COM TELEFONE (SIL) 99700-1998
 POR

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 04 (4) ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACIONARIAS DO RESPECTIVO RECÍTUO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA MENOR DE 04 (4) ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • 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 6.349/74.
 • 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 FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

SIGNATURA

4810389 SSP/PE

DATA

NOME

ASSINATURA

Edilson M. de

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190590853

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS

Data do acidente: 29/06/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO, COM PEQUENOS TRAÇOS DE FRATURAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190590853

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS

Data do acidente: 29/06/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO, COM PEQUENOS TRAÇOS DE FRATURAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JAILSON DANTAS DE BARROS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 5276096 SDS/PE E CPF nº 035.778.704-86
DATA DO ACITENTE: 29/06/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA – JAILSON DANTAS DE BARROS
ENDEREÇO: RUA JESUS TE AMA, Nº 39, – BAIRRO: SÃO DOMINGOS –
BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

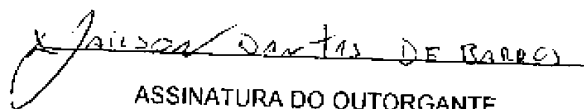
OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: R. INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, 03, CENTRO, SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 24 DE SETEMBRO DE 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS
Titular: JOSE QUINTINO DE LIMA Substituído: JOSE QUINTINO DE LIMA FILHO, JERONIM FELIX DA SILVA
Rua Luis Scullio da Sampaia, 317 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Brasil (01) 3731-2552

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
JAILSON DANTAS DE BARROS

seio: 0076026.LIA10207901.00115

do: fe SÃO DOMINGOS, 03/10/2019 08:45:58. Em nome da verdade



Emol R\$3,99

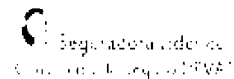
Jose Quintino de Lima Filho
Jose Quintino de Lima Filho

TSNR R\$0,60 Ferra R\$0,04 Furseg R\$0,18 Tot R\$4,91 Oper QUINTINO

Cartório Tabelionato de São Domingos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363302/19

Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS

CPF: 035.778.704-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: JAILSON DANTAS DE BARROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JAILSON DANTAS DE BARROS : 035.778.704-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

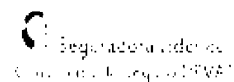
Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363302/19
Vítima: JAILSON DANTAS DE BARROS
CPF: 035.778.704-86
CPF de: Próprio
Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul
Data do acidente: 29/06/2019
Titular do CPF: JAILSON DANTAS DE BARROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JAILSON DANTAS DE BARROS : 035.778.704-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

