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, 02 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200136695 **Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

Data do Acidente: 26/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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

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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200136695 **Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

Data do Acidente: 26/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R$ 843,75

Recebedor: **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **104**
Agência: **000000914**
Conta: **0000058792-4**
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

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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200136695 **Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

Data do Acidente: 26/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **104**
Agência: **000000914**
Conta: **0000058792-4**
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

Seguradora LÍDER

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: 044.260.534-80
4 - Nome completo da vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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

5 - Nome completo: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS
6 - CPF: 044.260.534-80
7 - Profissão: AJ PRODUÇÃO
8 - Endereço: RUA - OITO Nº 630
9 - Número: 630
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BOM JESUS
12 - Cidade: SERRA TALHADA
13 - Estado: PE
14 - CEP: 56.906-220
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 87.99998-1477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (**ANEXAR CÓPIA**).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 914 (0) CONTA: 58940 (4)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eventualmente tenha direito, reconhecendo e declarando, 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 recebimento 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

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado no civil ☐ Desquitado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Casado no religioso

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 (a caminho)? ☐ 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 paga, como dívida, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do polegar direito do declarante

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)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adailson manoel de medeiros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

535.001.V002/2016

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2020267000663

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/02/2020** às **09:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/12/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR 232; km 413** Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO QUARTEL DOS BOMBEIROS MILITARES**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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

ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA MEDEIROS** Pai: **MANOEL RAIMUNDO DE MEDEIROS** Data de Nascimento: **[illegible]/1988** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8840280/SDS/PE (RG), 08826052480 (CPF), 05519897181 (CNN)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares:
- **87988058099**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 630, RUA 010, BOM JESUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMOVEL (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BEGE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEG9541** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **450240002** Chassi: **9C2JC4110CR491323**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**
Descrição: **EM NOME DE JOÃO BATISTA DE SOUZA**

Complemento / Observação

O SR° ADAILTON MANOEL DE MEDEIROS COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA RETROMENCIONADA E ESTAVA SOZINHO E NA BR 232 NAS PROXIMIDADES DO QUARTEL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES UM DESCONHECIDO EM UM AUTOMOVEL SIENA AO REALIZAR UMA MANOBRA DE CONVERSÃO EM UM LOCAL PROIBIDO ACABOU COLIDINDO COM A MOTO PILOTADA PELO ADAILSON QUE ESTAVA TRANSITANDO NA BR, ASSIM O ADAILSON FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES COMO CONSTA CÓPIA DE CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 018/2020-3º GB-BOP PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES COMO CONSTA TAMBÉM BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA DE Nº 103 DAQUELE HOSPITAL, E O DESCONHECIDO QUE CONDUZIA O VEICULO SIENA CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Adailson manoel de medeiros

ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-0**

Seguradora LÍDER

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: 044.260.534-80
4 - Nome completo da vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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

5 - Nome completo: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS
6 - CPF: 044.260.534-80
7 - Profissão: AJ PRODUÇÃO
8 - Endereço: RUA - OITO Nº 630
9 - Número: 630
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BOM JESUS
12 - Cidade: SERRA TALHADA
13 - Estado: PE
14 - CEP: 56.906-220
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 87.99998-1477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (**ANEXAR CÓPIA**).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 914 (0) CONTA: 58940 (4)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eventualmente tenha direito, reconhecendo e declarando, 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 recebimento 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

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado no civil ☐ Desquitado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Casado no religioso

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 (a caminho)? ☐ 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 paga, como dívida, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do polegar direito do declarante

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)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adailson manoel de medeiros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

535.001.V002/2016

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058792-4

Nr. da Autenticação 9866FAF21C5BDB55

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058792-4

Nr. da Autenticação FDABD696CD9DFBA2

CEFET

7005345949 02/2020

13/02/2020 07/05/2020

25,20

TOTAL A PAGAR

25,20

CELPE

NOTA FISCAL DE FATURA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista. Recife - PE. CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

CPF: 286.442.044-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CONTA CONTRATO	FATURA
11301338025	12/2019
DATA APRESENTAÇÃO	DATA VENCIMENTO
21/01/2020	16/01/2020
	231,73

NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
089447878	ÚNICA	18/12/2019

DATA ATUAL LEITURA	CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	CÓDIGO DA INSTALAÇÃO
18/12/2019	2000530116	3880341

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

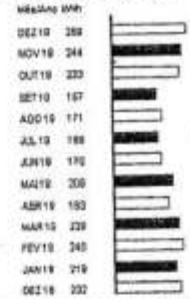
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	259,0000000	0,75727874	196,13
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,91
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 000755220-14/10/19			1,51
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA 231,73

DADOS DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
180754	CAT	13/11/2019	9.055,00	18/12/2019	9.314,00	33	1,00000		259,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



BASE DE CÁLCULO E INFORMAÇÕES FISCAIS DO ICMS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	206,10	25,00	51,52
PIS	206,10	0,44	0,90
COFINS	206,10	2,03	4,18

COMPOSIÇÃO DO VALOR DA FATURA

Geração de Energia	R$	69,50	33,71%
Transmissão	R$	7,89	3,73%
Distribuição (Celpe)	R$	46,83	22,62%
Perdas de Energia	R$	14,68	7,12%
Encargos Setoriais	R$	13,04	6,31%
Tributos	R$	56,58	27,49%
Total	R$	206,10	100%

VALOR MÉDIO DA TARIFA DE ENERGIA ELÉTRICA

Consumo Ativo(kWh) 0,64933030

CHAVE DE ACESSO PARA CONSULTA DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

EA37.E986.D874.B68C.73AC.4BFE.82E1.BFCC

INFORMAÇÕES DE INTERESSE DO CONSUMIDOR

Pague no ponto mais perto de você: farmácia popular, Incêndio gomes de andrade 717 noite ore de senha / imagem vídeo informe rua incêndio gomes de andrade noite senhor a de permutada completa em www.celpe.com.br *Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.468/13. O cliente é considerado quando há variação na periodicidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Resol.414/2010), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês O Cliente é considerado quando há Desrespeitamento do preço definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art.7º RDN 581/13.

DEMONSTRATIVO DE INDICADORES DE QUALIDADE

	CONJUNTO	VALOR APURADO 06/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		1,23	5,43	10,86	21,73
FIC		1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC		1,20	3,11	6,00	9,00

TENSÃO NOMINAL (V) 220

LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO 202 MÁXIMO 231

Limite DICRI: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 77,28

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 4020-1300 / Outras regiões 0800 022 12 34

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 93 68 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 925 12 34 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 36

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCCORPORAL.ASPX?IPC445CODIGO=20535

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, bem dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de faixa de renda mensal, além de respectiva documentação comprobatória.

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

[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 9.613/98.

Pelo presente, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.745.334 - 09, na qualidade de requerente (a) / representante (s) do beneficiário

ADALSON MANOEL DE MEDEIROS inscrito (a) no CPF sob o nº 048.265.574 - 80

do sinistro de DPVAT ocorrido em INVALIDEZ da Vítima ADALSON MANOEL DE MEDEIROS

Inscrito (a) no CPF sob o nº 048.265.574 - 80 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: REFUSO Renda: REFUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar.

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

Endereço: RUA TOMÉ DE SOUZA	Número: 548	Complemento: CASA
Bairro: SÃO CRISTOVÃO Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.900-000
E-mail: [illegible]@hotmail.com		Telefone: 87 99978-1422

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 26/03/2020

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2007

HOSPIMA

Nº 102

Prueba de hielo

Por un Reposo clínico (E)

Consulta

Reposo.

Fisioterapia Física x 20 días sesión de 15 m. (E)

Fisio - Clínica (E)

Fernando Aguilera MD

SUS — Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital Francisco Anselmo Ltda. — CNES: 2517124

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital Francisco Anselmo Ltda. — CNES: 2517124

Identificação do Paciente

3 - NUMERO DO DOCUMENTO: 16 824 026 6

4 - NOME ATEND.:

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702 7019 5505 23

6 - NIS PRENATAL:

7 - SENHA REGULAÇÃO:

8 - CADASTRO NACIONAL:

9 - NOME DO PACIENTE: [illegible]

10 - DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1989

11 - SEXO: Masc. X Fem.

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: [illegible]

13 - TELEFONE DE CONTATO: 99 85 [illegible]

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Cruz

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

17 - UF:

18 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO: [illegible]

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): [illegible]

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: F2 M [illegible] (B) — 22 - CID 10 PRINCIPAL: F20

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

24 - CID 10 SECUNDÁRIO:

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - ESPECIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible] — 0408010223

27 - CLÍNICA:

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

29 - DOCUMENTO: CNS / CPF

30 - Nº DO CONSELHO PROFISSIONAL DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

31 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / RESPONSÁVEL: CRM-PE 15[illegible]

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/12/19

33 - ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO:

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:

36 - DATA DO ACIDENTE:

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO:

38 - HORA DO ACIDENTE:

39 - INCLUSÃO NA PREVIDÊNCIA: EMPREGADO / EMPREGADOR / AUTÔNOMO / DESEMPREGADO / APOSENTADO / NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

40 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO:

41 - CÓDIGO DO CID:

42 - DOCUMENTO: CNS / CPF

43 - Nº DO DOCUMENTO (CRM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

45 - ASSINATURA E CARIMBO DO GESTOR DO ÓRGÃO EMISSOR: JOÃO [illegible] — MÉDICO — CRM [illegible]

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): 2820100[illegible]44-8

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletivo

DATA DA INTERNAÇÃO: 05/[illegible]/20

HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLINICA CIRURGICA

Data da Admissão: 08/01/2010 | Prontuário: 30.456-0 | Leito: 0006-1 | Convênio: SUS-INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ADAILSON ALANO DE MEDEIROS

Data Nascimento: 08/01/1989 | Idade: 20 ANOS | Sexo: MASCULINO | Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO | Nome do Pai: ANDANTE DE ROSAS | Naturalidade:

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA MEDEIROS | Nome do Cônjuge: MARIA DE FATIMA MEDEIROS

Endereço: RUA 04

Bairro: ALTO DOM JESUS | Cidade: SERRA TAPANDA | UF: PE | Telefone: 9985808056

ELEMENTOS DA ENTREVISTA

Grau de Instrução: | Profissão: | Ocupação: | Religião:

Bairro: | Cidade: | Celular: | Cônjuge:

Nome do Pai: | Nome da Mãe:

Endereço:

Hospital de Origem:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Diagnóstico Inicial:

Plano Terapêutico: Cirurgia Urgência

Melhorado | Parecer Medico | Data do Atendimento: 08/01/2010

Inalterado | Alta a Pedido | Data da Alta:

Piorado | Transferência | Operação:

Óbito 48hs | Evasão | Leito:

Óbito 48hs | Indisciplina

Obito em: | Hora: | Medico Responsavel

Rua Senhor Dos Passos, 1000 - Centro - Serra Talhada - PE

Lugar Realizado: | Nº Documento:

Fecha: | Hora: | Tipo:

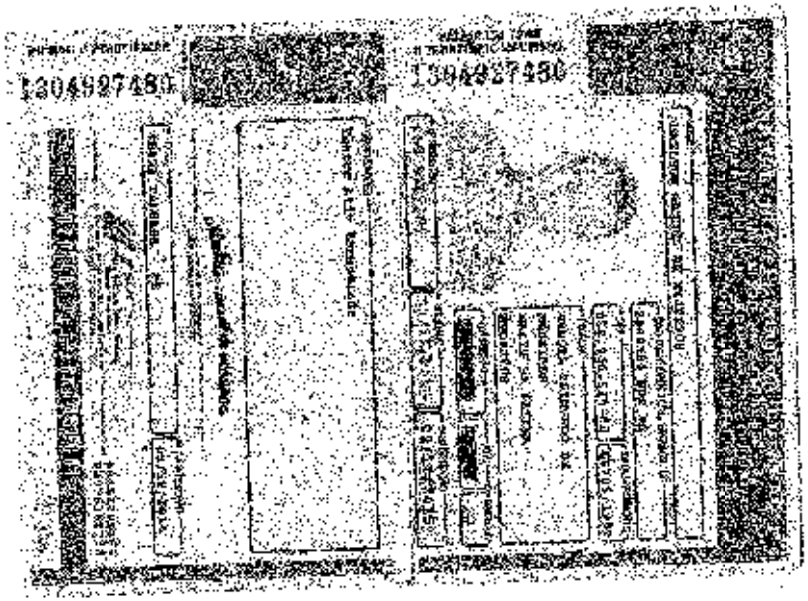
Propietario: | Conductor: | Placa/Serie:

DESCRIPCIÓN DE PIEZA

Firma del Conductor

Firma del Propietario

Firma del Asegurado



Estado de Pernambuco

Secretaria de Defesa Social

Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco

CBMPE - 3°GB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE

SERRA TALHADA-PE, 06 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CORREA
Ten Cel BM - Cmt do 3° GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA n° 018 / 2020 - 3°GB - DOP

O Comandante do 3° Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **GEORGE CARLOS MELO LIMA (PROCURADOR), RG 5840550 SSP/PE, CPF 008.475.324-29**, residente à Rua Antônio Tomé de Souza, 573, São Cristóvão, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 17:40h do dia 25 de dezembro de 2019, comandada pelo CB QBMG 1/710256-0 **HÉRICA** FERNANDES DE SOUZA, para uma ocorrência de **APH (QUEDA DE MOTOCICLETA), nº B (1339262)**, sendo vitimado o Sr. **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS, RG 8840380 SDS/PE, CPF 063.260.534-80,** o qual conduzia a motocicleta, marca/modelo, **HONDA/CG 125 FAN KS**, placa **PEQ-6541**, vermelha, no momento em que veio a cair. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na BR 232, Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações e ferimentos no tórax e fratura fechada no membro superior esquerdo. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados da Enfa. **AYANE QUEIROZ, COREN 319215, prontuário 103**.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD QBMG 1/718149-3 JOSÉ **HUMBERTO** PEREIRA e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG** RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 39000000065.000303/2020-30

Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Correa**, em 06/02/2020, às 13:49, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 07/02/2020, às 09:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **José Humberto Pereira**, em 07/02/2020, às 00:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5207070** e o código CRC **81DE037D**.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136695 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136695 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ P 1.
PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA QUANTIFICAÇÃO DE GRAU MODERADO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200136695 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS **Data do acidente:** 26/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1.

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: P 1.

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 PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Adailson Manoel de Medeiros, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Agente C., portador(a) do RG 3.240.280, órgão expedidor SDS
e do CPF: 062.201.574-88 residente no(a) RUA - 07 Nº 630
nº 630, bairro: Bom Jesus, município: Serra Talhada

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5849550, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 008.405.394-29 residente no(a) ANTÔNIO TOME DE SOUZA
nº 593, bairro: SÃO CRISTOVÃO município: SERRA TALHADA/PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido de Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, de vítima ADAILSON MANOEL DE MEIRELES
CPF 708.366.534-20 data do acidente: 08/01/2019 cobertura: INVALIDEZ
Local e data: SERRA TALHADA-PE 29/01/2020

Adailson Manoel de Medeiros
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade

Polegar direito

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
SERRA TALHADA

Reconheço a Firma por Autenticidade de ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS. Em Serra Talhada- PE. Em Test.( ) da verdade.( ) Reginaldo Anísio da Silva Tabelião. ( ) Maria Lúcia de Souza Substituta. Selo(s): 0,50.TSERRA 0,05.FERC-RS 0,21.FDRC-RS 0,21.FDPJ-RS 0,50.TSERRA 0,05.FERC-RS 0,21.FDRC-RS 0,21.FDPJ-RS 20,08.ISS-PS
Selo: 001487B.XSeu202001.06bbu 30/01/2020 14:13:16
Confira a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selos/ver.jsp

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor: _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

TESTEMUNHAS
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106793/20

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Data do acidente: 26/12/2019

CPF: 088.260.534-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS : 088.260.534-80

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 01/04/2020	Data do cadastramento: 01/04/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA	Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.475.324-29	CPF: 008.614.524-02
GEORGE CARLOS MELO LIMA	JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106793/20

Número do Sinistro: 3200136695

Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Data do acidente: 26/12/2019

CPF: 088.260.534-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 16/04/2020	Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA	Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.475.324-29	CPF: 008.614.524-02
GEORGE CARLOS MELO LIMA	JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES